

Volumen 11, Número 1
1977

Educación médica y salud

1902-1977



75 ANIVERSARIO DE LA OPS

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

Educación médica y salud es una publicación trimestral de la OPS creada en 1966 para servir a los países del Continente en relación con sus actividades de desarrollo de recursos humanos en salud. En sus páginas se dan a conocer experiencias en el proceso enseñanza-aprendizaje, resultados de investigaciones, documentos de trabajo e informes de reuniones técnicas en el campo educacional. La revista incluye también una sección de noticias de interés en el campo del desarrollo de recursos humanos en salud y otra de reseñas de publicaciones de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud.

Colaboran con la OPS en la publicación de *Educación médica y salud* las siguientes instituciones:

UNION DE UNIVERSIDADES DE LA AMERICA LATINA
FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES
(ESCUELAS) DE MEDICINA
FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE ENFERMERIA
ASOCIACION LATINOAMERICANA DE FACULTADES DE ODONTOLOGIA
FEDERACION LATINOAMERICANA DE ASOCIACIONES NACIONALES
DE ESCUELAS DE MEDICINA VETERINARIA
ASOCIACION DE ESCUELAS DE SALUD PUBLICA
DE AMERICA LATINA

El precio de la suscripción anual es EUA\$8.00 ó su equivalente en la moneda del país respectivo. Los pedidos deben enviarse a:

Oficina Sanitaria Panamericana
525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington, D.C., 20037, E.U.A.

Otras publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud incluyen la revista técnica mensual *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, que se publica desde 1922; el *Bulletín* en inglés, publicado trimestralmente, que contiene selecciones del *Boletín* en español; *Salud Panamericana*, revista trimestral ilustrada (español e

inglés); el *Informe Epidemiológico Semanal*, con información recibida de los Gobiernos y de la OMS sobre casos de enfermedades cuarentenables y transmisibles en las Américas y en el mundo, y la serie de publicaciones especiales (*Documentos Oficiales, Publicaciones Científicas y Otras Publicaciones*).

Educación médica y salud

Volumen 11, Número 1
1977

- 1 Editorial: En el 75° Aniversario de la OPS: "Participación de la comunidad en la salud"—Héctor R. Acuña

Artículos

- 3 Historia de la medicalización—Michel Foucault
- 26 Atencão à saúde e educação médica: Uma experiencia e uma proposição—Frederico S. Barbosa, Áttila G. de Carvalho, A. Carlile H. Lavor e J.F.N. Paranaguá Santana
- 41 La investigación en salud maternoinfantil y reproducción humana—Víctor Penchaszadeh y Miguel Márquez
- 50 Atencão à infancia em serviço comunitário ligado a universidade—Marco Antoniko Barbieri, José Romano Santoro, Fernando Carlos Soares, Antonio A. Barros Filho, Júlio César Daneluzzi e Rubens Garcia Ricco
- 60 IX Conferencia de Escuelas de Salud Pública de América Latina—Informe Final

Reseñas

- 72 La medicina y los médicos del mañana—Halfdan T. Mahler
- 80 Taller de Educación Médica sobre Diseño Curricular
- 82 El valor y el coste de la salud

Noticias

- 86 59ª Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS
- 88 Proyecto para la creación de una nueva escuela de medicina en México
- 89 Programa Regional de Educación en Administración de Salud
- 90 In memoriam: Dr. Fred L. Soper, 1893-1977

Libros

- 93 Publicaciones de la OPS, 1976

*Las opiniones expresadas en los artículos
y reseñas firmados que aparecen en esta revista son
de la exclusiva responsabilidad de los autores.*

1902-1977

75° ANIVERSARIO DE LA OPS



PARTICIPACION

de la

COMUNIDAD

en la

SALUD

Tal es el tema que los Gobiernos Miembros de la OPS han seleccionado para conmemorar el septuagesimo-quinto aniversario de la Organización. Es indudable que con la participación responsable, activa y consciente de la comunidad se logrará el propósito de mejorar las condiciones de salud en las Américas.

Editorial

EN EL 75° ANIVERSARIO DE LA OPS: "PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN LA SALUD"

DR. HECTOR R. ACUÑA
Director de la Oficina Sanitaria
Panamericana

Hace 75 años, nuestra Organización inició sus actividades en una pequeña oficina del edificio de la Unión Panamericana en Washington, D.C. Los Gobiernos Miembros que la constituían encomendaron a su exiguo personal una tarea relativamente bien delimitada: tratar de simplificar el problema de las múltiples disposiciones de cuarentena que entorpecían el comercio entre las naciones del Hemisferio.

En el transcurso de estos tres cuartos de siglo, y a medida que la humanidad ha ido fijando nuevas normas y objetivos en materia de salud pública, la Organización ha ido creciendo y asumiendo al mismo tiempo numerosas funciones. Entre ellas, hoy día se destaca en primer lugar el esfuerzo encaminado a ofrecer servicios básicos de salud a todos los habitantes de nuestro Continente.

Así pues, la OPS, que nació como un medio para lograr la participación de la comunidad de naciones, con el propósito de preservar la salud, está ahora cooperando con las mismas en la tarea de mejorar las condiciones de salud de los cientos de miles de comunidades en las Américas. Una vez más, se alcanzará este objetivo mediante la participación no solo de las naciones sino también de cada una de las comunidades.

Es por ello que los Gobiernos Miembros de la OPS han seleccionado el tema "Participación de la comunidad en la salud" para conmemorar el 75° aniversario de la Organización Panamericana de la Salud.

No hace mucho, la mayoría de los expertos dedicados al desarrollo internacional consideraba que nuestros esfuerzos debían concentrarse en fomentar un rápido crecimiento económico. A su juicio, de esta manera se obtendría el incentivo necesario para que la sociedad avanzara en todos los frentes, lo que a su vez reduciría el nivel general de pobreza.

Es obvio que esto no ha sucedido. Por esta razón nos vemos obligados a llegar a la conclusión de que, antes de lograr un mejoramiento verdadero, habrá que modificar numerosos elementos de la sociedad. Instituciones enteras, sistemas sociales en su conjunto, tendrán que experimentar un

cambio, y este solo se producirá si se consigue motivar al individuo para que asuma nuevas responsabilidades por sí mismo y dentro de sus respectivas comunidades. El verdadero mejoramiento de la sociedad debe basarse en el esfuerzo de las propias comunidades y no debe ser motivado por factores ajenos a ellas.

En esencia, se trata de un proceso educativo del individuo y de la sociedad que les permita mejorar su capacidad para identificar y resolver sus propios problemas. Con la participación responsable, activa y consciente de la comunidad se logra este propósito.

Con anterioridad, en los programas de desarrollo se utilizaban las comunidades para alcanzar objetivos previamente establecidos por el personal técnico, sin tener en consideración las necesidades y aspiraciones de las propias comunidades. Se ignoraban las actitudes y el comportamiento de sus miembros; no se cumplían las promesas y se creaba de esta manera una sensación de desconfianza y frustración que los expertos interpretaban erróneamente como apatía o indiferencia por parte de la comunidad.

El problema se debió en parte a que los programas fueron diseñados sobre la base de experiencias obtenidas en los países desarrollados, y que no resultan apropiados para las condiciones culturales, sociales y políticas de los países en vías de desarrollo. Las comunidades sirvieron tanto como instrumento para el funcionamiento de los servicios de salud como para llevar a cabo programas piloto que confirmaran la eficacia y utilidad de técnicas específicas, sin tener presente el hecho de que el hombre es sujeto y objeto del desarrollo.

Hemos aprendido a facilitar la cooperación entre las comunidades de naciones. Nuestra tarea en los años venideros consiste en duplicar este provechoso resultado a nivel de ciudades, aldeas y caseríos. He ahí la razón de la selección del tema para el 75º aniversario de la OPS.

Historia de la medicalización¹

DR. MICHEL FOUCAULT²

En mi primera conferencia³ traté de demostrar que el problema fundamental no reside en la antimedicina contra la medicina, sino en el desarrollo del sistema médico y el modelo seguido por el "despegue" médico y sanitario de Occidente a partir del siglo XVIII. Procuré, pues, situar tres puntos a mi juicio importantes:

1) *La biohistoria*, es decir, el efecto, a nivel biológico, de la intervención médica; la huella que puede dejar en la historia de la especie humana la fuerte intervención médica que comenzó en el siglo XVIII. La historia de la especie humana no permaneció indiferente a la medicalización. Este es un primer campo de estudio aún no bien analizado, pero ya circunscrito.

Sabido es que varias enfermedades infecciosas desaparecieron de la historia de Occidente incluso antes de introducirse la gran quimioterapia del siglo XX. La peste, o la serie de enfermedades a las que los cronistas, historiadores y médicos de la época dieron ese nombre, se fue desvaneciendo durante los siglos XVIII y XIX sin que se conozcan las razones ni los mecanismos de este fenómeno, que debe ser estudiado.

Otro caso célebre es el de la tuberculosis. Por cada 700 enfermos que en 1812 morían de tuberculosis solo 350 corrían la misma suerte en 1882, año en que Koch descubrió el bacilo que lleva su nombre; y cuando en 1945 se introdujo la quimioterapia, la cifra quedó reducida a 50. ¿Cómo y por qué razón se produjo esta regresión de la enfermedad? ¿Cuáles son, a nivel de la biohistoria, los mecanismos que intervinieron? No cabe la menor duda de que el cambio de las condiciones socioeconómicas, los fenómenos de adaptación, los de resistencia del organismo, el propio debilitamiento del bacilo y las medidas de higiene y de aislamiento ejercieron una función importante. Los

¹Segunda conferencia dictada en el curso de medicina social que tuvo lugar en octubre de 1974 en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil.

²Profesor del Colegio de Francia, París.

³Véase *Educ méd salud* 10(2), 152-169, 1976.

conocimientos al respecto distan de ser completos, pero sería interesante estudiar la evolución de las relaciones entre la especie humana y su campo bacilar o vírico y las intervenciones de la higiene, de la medicina, de las diferentes modalidades terapéuticas.

En Francia, un grupo de historiadores—como Le Roy Laudurie y Jean-Pierre Petter—han comenzado a analizar esos fenómenos, y a base de estadísticas de reclutamiento militar en el siglo XIX, examinaron ciertas evoluciones somáticas de la especie humana.

2) *La medicalización*, es decir, el hecho de que la existencia, la conducta, el comportamiento, el cuerpo humano, se incorporaran a partir del siglo XVIII en una red de medicalización cada vez más densa y amplia, que cuanto más funciona menos se escapa a la medicina.

La investigación médica, cada vez más penetrante y minuciosa, y la ampliación de las instituciones de salud también merecen ser estudiadas. Y así trata de hacerlo con algunos grupos en el Colegio de Francia, uno de los cuales estudia el crecimiento de la hospitalización y sus mecanismos en el siglo XVIII y comienzos del XIX, en tanto que otros se dedican a los hospitales y ahora proyectan realizar un estudio de la vivienda y todo lo que ella encierra: el sistema de desagüe, vías de tránsito, equipos colectivos que aseguran el funcionamiento de la vivienda particular en el medio urbano.

3) *La economía de la salud*, o sea la integración del mejoramiento de la salud, los servicios de salud y el consumo de salud en el desarrollo económico de las sociedades más privilegiadas. Se trata de un problema difícil y complejo cuyos antecedentes no se conocen bien. En Francia hay un grupo que se dedica a este tema, el "Centre d'études et de Recherches du Vienêtre" (CEREBRE), del que forman parte Letourmy, Karsenty, y Charles Dupuy, que estudia principalmente los problemas de consumo de salud en los últimos 30 años.

HISTORIA DE LA MEDICALIZACION

Puesto que me dedico esencialmente a investigar la historia de la medicalización, a continuación analizaré algunos de los aspectos de la medicalización de las sociedades y de la población a partir del siglo XIX, tomando como referencia el ejemplo francés, con el que estoy más familiarizado. Concretamente me referiré al nacimiento de la medicina social.

Con frecuencia se observa que ciertos críticos de la medicina actual

sostienen el concepto de que la medicina antigua—Griega y Egipcia—o las formas de medicina de las sociedades primitivas, son medicinas sociales, colectivas, no concentradas en el individuo. Mi ignorancia en etnología y egiptología me impide opinar sobre el problema; pero a pesar de los escasos conocimientos que poseo de la historia griega la idea me deja perplejo, pues no concibo cómo se puede calificar de colectiva y social a la medicina griega.

Pero estos no son los problemas importantes. La cuestión estriba en saber si la medicina moderna, científica, que nació a fines del siglo XVIII entre Morgagni y Bichat, con la introducción de la anatomía patológica, es o no individual. ¿Se podría afirmar, como lo hacen algunos—en una perspectiva que consideran política pero que no lo es por no ser histórica—que la medicina moderna es individual porque penetró en el interior de las relaciones de mercado; que la medicina moderna, en la medida en que está vinculada a una economía capitalista, es una medicina individual o individualista que conoce únicamente la relación de mercado del médico con el enfermo e ignora la dimensión global, colectiva de la sociedad?

Procuraré demostrar que este no es el caso. La medicina moderna es una medicina social cuyo fundamento es una cierta tecnología del cuerpo social; la medicina es una práctica social, y solo uno de sus aspectos es individualista y valoriza las relaciones entre el médico y el paciente.

A este respecto quisiera hacer referencia al libro de Varn L. Bullough, *The Development of Medicine as a Profession: The Contribution of the Medieval University to Modern Medicine*⁴ en el que se muestra claramente el tipo individualista de la medicina medieval y unas dimensiones colectivas de la actividad médica extraordinariamente discretas y limitadas.

Sostengo la hipótesis de que con el capitalismo no se pasó de una medicina colectiva a una medicina privada, sino precisamente lo contrario; el capitalismo, que se desenvuelve a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral. El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica.

⁴Nueva York, Hafner Publications, 1965.

¿Cómo procedió esta socialización?

Quisiera explicar mi posición en relación con ciertas hipótesis generalmente aceptadas. Es cierto que el cuerpo humano se reconoció política y socialmente como fuerza de trabajo. Sin embargo, parece característico de la evolución de la medicina social, o sea de la propia medicina en Occidente, que al principio el poder médico no se preocupó del cuerpo humano como fuerza de producción. La medicina no estaba interesada en el cuerpo del proletario, en el cuerpo humano, como instrumento laboral. No fue hasta la segunda mitad del siglo XIX cuando se planteó el problema del cuerpo, de la salud y del nivel de la fuerza productiva de los individuos.

Podríamos reconstituir tres etapas de la formación de la medicina social: medicina del Estado, medicina urbana y medicina de la fuerza laboral.

MEDICINA DEL ESTADO

La "medicina del Estado" se desarrolló principalmente en Alemania a comienzos del siglo XVIII. Sobre este problema específico vale mencionar la afirmación de Marx en el sentido de que la economía era inglesa, la política francesa y la filosofía alemana, pues fue en Alemania donde se formó en el siglo XVII—mucho antes que en Francia y en Inglaterra—lo que puede denominarse ciencia del Estado. El concepto de "Staatswissenschaft" es producto de Alemania, y bajo el nombre de "ciencia del Estado" se pueden agrupar dos aspectos que surgen en esa época en el propio país:

1. Por un lado, un conocimiento cuyo objeto es el Estado; no solo los recursos naturales de una sociedad, ni las condiciones de su población, sino también el funcionamiento general de su maquinaria política. Las investigaciones sobre los recursos y el funcionamiento de los Estados constituyeron una especialidad, una disciplina alemana del siglo XVIII.

2. Por otro lado, la expresión abarca también la serie de procedimientos mediante los cuales el Estado obtuvo y acumuló conocimientos para garantizar su funcionamiento.

El Estado, como objeto de conocimiento y como instrumento y lugar de adquisición de conocimientos específicos, se desarrolló con más rapidez e intensidad en Alemania que en Francia e Inglaterra. No es fácil determinar la razón de este fenómeno, y hasta ahora los historiadores no se han ocupado demasiado del asunto o del problema del

nacimiento de una ciencia del Estado o una ciencia estatal en Alemania. A mi juicio ello se debe al hecho de que Alemania no se convierte en Estado unitario hasta el siglo XIX, después de una yuxtaposición de casi-Estados, pseudo-Estados, pequeñas unidades muy poco "estatales". Y precisamente a medida que se forman los Estados, se van desarrollando esos conocimientos estatales y la preocupación por el propio funcionamiento del Estado. Las pequeñas dimensiones de los Estados, las yuxtaposiciones, sus perpetuos conflictos y sus confrontaciones, la balanza de fuerzas siempre desequilibradas y variables, les obligaron a ponderarse y a compararse unos con otros, a imitar sus métodos y a tratar de sustituir la fuerza por otras relaciones.

Mientras que los grandes Estados, como Francia e Inglaterra, podían funcionar relativamente sin preocupación, provistos de poderosas maquinarias como las del ejército o la policía, en Alemania la pequeña dimensión de los Estados hizo necesaria y posible esa conciencia discursiva del funcionamiento estatal de la sociedad.

Otra razón de esta evolución de la ciencia del Estado es la falta de desarrollo económico, o su estancamiento, en Alemania en el siglo XVII, después de la guerra de los 30 años y de los grandes tratados de Francia y Austria.

Después del primer movimiento de desarrollo de Alemania en la época del Renacimiento, surgió en forma limitada la burguesía, cuyo impulso económico fue bloqueado en el siglo XVII, impidiéndole hallar una ocupación y subsistir en el comercio, en la manufactura y en la industria naciente. Buscó entonces apoyo en los soberanos y formó un cuerpo de funcionarios disponibles para la maquinaria estatal que los propios soberanos tenían que montar, en su provecho, para modificar las relaciones de fuerza con sus vecinos.

Esta burguesía económicamente desocupada se acogió a los soberanos que se enfrentaban con una situación de lucha perpetua y ofreció sus hombres, sus capacidades, sus recursos, etc., a la organización de los Estados. De ahí que el concepto moderno de Estado, con todo su aparato, sus funcionarios, su saber, se desarrollara en Alemania antes que en otros países políticamente más poderosos, como Francia, o económicamente más desarrollados, como Inglaterra.

El Estado moderno surgió donde no había poder político ni desarrollo económico y precisamente por esas razones Prusia, el primer Estado moderno, nació en el corazón de Europa, más pobre, con menos desarrollo económico, y más conflictivo políticamente. Mientras Francia e Inglaterra se aferraban a las viejas estructuras, Prusia se convirtió en el primer modelo del Estado moderno.

Estos análisis históricos sobre el nacimiento de la ciencia y de la reflexión sobre el Estado en el siglo XVIII solo pretenden explicar cómo y por qué la medicina del Estado pudo aparecer primero en Alemania.

A partir de fines del siglo XVI y comienzos del XVII, en un clima político, económico y científico característico de la época dominada por el mercantilismo, todas las naciones del mundo europeo se preocupan por la salud de su población. El mercantilismo no era simplemente una teoría económica sino también una práctica política que consistía en regular las corrientes monetarias entre las naciones, los correspondientes flujos de mercaderías y la actividad productora de la población. La política mercantilista se basa esencialmente en el aumento de la producción y de la población activa con el propósito de establecer corrientes comerciales que permitan al Estado conseguir la mayor afluencia monetaria posible, gracias a la cual podrá costear el mantenimiento de los ejércitos y toda la maquinaria que asegure la fuerza real de un Estado con relación a los demás.

Desde esta perspectiva, Francia, Inglaterra y Austria comenzaron a calcular la fuerza activa de sus poblaciones. Así se originan en Francia las estadísticas de natalidad y mortalidad, y en Inglaterra los grandes recuentos de población que aparecieron en el siglo XVII. Pero tanto en Francia como en Inglaterra la única preocupación sanitaria del Estado fue el establecimiento de estas tablas de natalidad y mortalidad, índice de salud de la población, y el crecimiento de la propia población, sin ninguna intervención eficaz y organizada para elevar su nivel de salud.

En Alemania, por el contrario, se desarrolló una práctica médica efectivamente concentrada en el mejoramiento de la salud de la población. Frank y Daniel, por ejemplo, propusieron entre 1750 y 1770 programas en ese sentido; fue lo que se llamó por primera vez policía médica de un Estado. El concepto "Medizinischepolizei", policía médica, que se crea en 1764, encierra algo más que un recuento de la mortalidad o natalidad.

Programada en Alemania a mediados del siglo XVII e implantada a fines del mismo siglo, y comienzos del siguiente, la policía médica consistía en:

1. Un sistema mucho más completo de observación de la morbilidad que el existente con las simples tablas de natalidad y mortalidad, a base de la información pedida a los hospitales y los médicos en ejercicio de la profesión en diferentes ciudades o regiones y el registro,

a nivel del propio Estado, de los diferentes fenómenos epidémicos o endémicos observados.

2. Un fenómeno importante de la normalización de la práctica y del saber médico fue el de dejar en manos de la Universidad, y sobre todo de la propia corporación de los médicos, la decisión sobre la formación médica y la concesión de los títulos.

Surge así la idea de una normalización de la enseñanza médica y especialmente de un control estatal de los programas de enseñanza y de la concesión de títulos. La medicina y el médico, son, por lo tanto, el primer objeto de la normalización. El concepto de normalización empieza por aplicarse al médico antes que al enfermo. El médico fue el primer individuo normalizado en Alemania. Ese movimiento hacia la normalización en Europa requiere ser estudiado por los que se interesan en la historia de las ciencias. En Alemania se produjo la normalización de los médicos, pero en Francia, por ejemplo, la normalización de las actividades a nivel estatal se dirigió, al principio, a la industria militar, o sea, se normalizó primero la producción de cañones y fusiles, a mediados del siglo XVIII, con el fin de asegurar la utilización de cualquier tipo de fusil por cualquier soldado, la reparación de cualquier cañón en cualquier taller, etc. Después de normalizar los cañones, Francia procedió a la normalización de sus profesores. Las primeras escuelas normales destinadas a ofrecer a todos los profesores el mismo tipo de formación y, por consiguiente, el mismo nivel de competencia, se crearon hacia 1775 y se institucionalizaron en 1790 ó 1791. Francia normalizó sus cañones y sus profesores, Alemania normalizó sus médicos.

3. Una organización administrativa para controlar la actividad de los médicos. En Prusia, al igual que en los otros estados de Alemania, a nivel de ministerio o de la administración central se encomienda a una oficina especializada la función de reunir la información que los médicos transmiten; observar cómo se realizan las indagaciones médicas de la población; verificar qué tratamientos se administran; cuáles son las reacciones ante la aparición de una enfermedad epidémica, etc., y por último, expedir órdenes en función de esas informaciones centralizadas. Todo ello suponía, pues, una subordinación de la práctica médica a un poder administrativo superior.

4. La creación de funcionarios médicos nombrados por el gobierno que asumen la responsabilidad de una región, su dominio por el poder que poseen o el ejercicio de autoridad que les confiere su saber. Es así como un proyecto adoptado por Prusia en los comienzos del siglo XIX forma una pirámide de médicos que incluye desde el médico de distrito

encargado de una población de 6,000 a 10,000 habitantes hasta los responsables por una región mucho mayor y una población entre 35,000 a 50,000. Aparece en ese momento el médico como administrador de salud.

La organización de un saber médico estatal, la normalización de la profesión médica, la subordinación de los médicos a una administración general y, por último, la integración de varios médicos en una organización médica estatal, llevan aparejados una serie de fenómenos enteramente nuevos que caracterizan lo que podría denominarse medicina de Estado.

Esa medicina del Estado, que apareció con cierta precocidad incluso antes de la creación de la gran medicina científica de Morgagni y Bichat, no tuvo por objeto la formación de una fuerza laboral adaptada a las necesidades de las industrias que se desarrollaban en ese momento. No es el cuerpo del trabajador lo que interesa a esa administración estatal de salud, sino el propio cuerpo de los individuos que en su conjunto constituyen el Estado. No se trata de la fuerza laboral sino de la fuerza del Estado frente a sus conflictos, sin duda económicos pero también políticos, con sus vecinos. Por eso la medicina debe perfeccionar y desarrollar esta fuerza estatal. Esta preocupación de la medicina del Estado encierra cierta solidaridad económico-política. Sería, por lo tanto, falso vincularla al interés inmediato de obtener una fuerza laboral disponible y vigorosa.

El ejemplo de Alemania es también importante porque muestra cómo, de manera paradójica, la medicina moderna se inicia en el momento culminante del estatismo. Desde la introducción de esos proyectos, en gran parte a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, desde la implantación de la medicina estatal en Alemania, ningún Estado se atrevió a proponer una medicina tan claramente burocratizada, colectivizada y "estatizada". Por consiguiente, no se evolucionó poco a poco de una medicina cada vez más "estatizada" y socializada, sino que la gran medicina clínica del siglo XIX va inmediatamente precedida de una medicina estatizada al máximo. Los otros sistemas de medicina social de los siglos XVIII y XIX son atenuaciones de ese modelo profundamente estatal y administrativo introducido ya en Alemania.

Esta es la primera serie de fenómenos a la que he querido referirme, lo cual, en general, no ha recibido ninguna atención por parte de los historiadores de la medicina pero que fue analizado muy de cerca por George Rosen en la serie de estudios sobre las relaciones entre el cameralismo, el mercantilismo y el concepto de policía médica. El

propio autor publicó en 1953, en el *Bulletin of History of Medicine*, un artículo sobre el problema, titulado "Cameratism and concept of medical police" y lo estudió posteriormente en su libro *A History of Public Health*.⁵

MEDICINA URBANA

La segunda trayectoria del desarrollo de la medicina social está representada por el ejemplo de Francia, donde, a fines del siglo XVIII surgió una medicina social, al parecer no apoyada por la estructura del Estado, como en Alemania, sino por un fenómeno enteramente distinto: la urbanización. En efecto, con el desenvolvimiento de las estructuras urbanas se desarrolla en Francia la medicina social.

Para saber cómo y por qué ocurrió este fenómeno hagamos un poco de historia. Es preciso imaginar una gran ciudad francesa entre 1750 y 1780, como una multiplicidad enmarañada de territorios heterogéneos y poderes rivales. París, por ejemplo, no formaba una unidad territorial, una región en que se ejercía un poder único, sino un conjunto de poderes señoriales detentados por seculares, por la Iglesia, por comunidades religiosas y corporaciones, poderes con autonomía y jurisdicción propias. Por añadidura, existían los representantes del poder estatal: el representante del rey, el intendente de policía, los representantes de los poderes parlamentarios.

En la segunda mitad del siglo XVIII se planteó el problema de la unificación del poder urbano. Se sintió la necesidad, al menos en las grandes poblaciones, de constituir la ciudad como unidad, de organizar el cuerpo urbano de un modo coherente y homogéneo, regido por un poder único y bien reglamentado.

A este respecto entraron en juego varios factores. En primer lugar, indudablemente, razones de orden económico. A medida que la ciudad se va convirtiendo en un importante centro de mercado que unifica las relaciones comerciales, no simplemente a nivel de una región sino también en escala nacional y aun internacional, se hace intolerable para la industria naciente la multiplicidad de jurisdicción y de poder. El hecho de que la ciudad no fuera solo un lugar de mercado sino un lugar de producción obligó a recurrir a mecanismos de regulación homogéneos y coherentes.

La segunda razón fue política. El desarrollo de las ciudades, la

⁵Nueva York, MD Publications, 1958.

aparición de una población obrera pobre, que en el siglo XIX se convierte en el proletariado, tenía que aumentar las tensiones políticas en el interior de las ciudades. La coexistencia de diferentes grupos pequeños—corporaciones, oficios, cuerpos, etc.—que se oponían unos a otros, pero que se equilibraban y neutralizaban, empieza a reducirse a una especie de enfrentamiento entre ricos y pobres, plebe y burguesía que se traduce en disturbios y sublevaciones urbanas cada vez más numerosos y frecuentes. Las llamadas revueltas de subsistencia, el hecho de que en un momento de alza de precios o baja de salarios, los más pobres, al no poder alimentarse, saquearan los silos, mercados y bodegas, eran fenómenos que, si bien no enteramente nuevos en el siglo XVIII, cobraron cada vez más ímpetu y condujeron a los grandes disturbios contemporáneos de la Revolución Francesa.

En resumen, se puede afirmar que hasta el siglo XVII, en Europa, el gran peligro social estuvo en el campo. Los campesinos paupérrimos, al tener que pagar más impuestos, empuñaban la hoz e iban a atacar los castillos o las ciudades. Las revueltas del siglo XVII fueron revueltas campesinas, a las que después se unieron las ciudades. Por el contrario, a fines del siglo XVIII, las revueltas campesinas comienzan a ceder gracias a la elevación del nivel de la vida de los campesinos, pero los conflictos urbanos se vuelven cada vez más frecuentes con la formación de una plebe en vías de proletarizarse. De ahí la necesidad de un serio poder político capaz de investigar el problema de esta población urbana.

Es en esos momentos cuando surge y se acrecienta una actitud de temor, de angustia, frente a la ciudad. Por ejemplo, Cabaniz, filósofo de finales del siglo XVIII, comentaba respecto a la ciudad que siempre que los hombres se reúnen, sus costumbres se alteran; siempre que se reúnen en lugares cerrados se alteran sus costumbres y su salud. Nació entonces lo que podía calificarse de temor urbano, miedo a la ciudad, angustia ante la ciudad, con ciertas características: miedo a los talleres y fábricas que se están construyendo, al hacinamiento de la población, a la excesiva altura de los edificios, y también a las epidemias urbanas, a los comentarios cada vez más numerosos y que van invadiendo la ciudad; miedo a las cloacas, a las cuevas sobre las que se construían las casas expuestas al peligro de desmoronarse.

La vida de las grandes ciudades del siglo XVIII, especialmente París, suscitaba una serie de pequeños pánicos. A este respecto puede citarse el ejemplo del Cementerio de los Inocentes en el centro de París, donde eran arrojados, unos sobre otros, los cadáveres de las personas cuyos recursos o categoría social no bastaban para costear o

merecer una sepultura individual. El pánico urbano es característico de la preocupación, de la inquietud político-sanitaria que se va creando a medida que se desarrolla el engranaje urbano. Para dominar esos fenómenos médicos y políticos que causaban una inquietud tan intensa a la población de las ciudades, particularmente a la burguesía, había que tomar medidas.

En ese momento interviene un nuevo mecanismo que cabía esperar, pero que no entra en el esquema habitual de los historiadores de la medicina. ¿Cuál fue la reacción de la clase burguesa que sin ejercer el poder, detentado por las autoridades profesionales, lo reivindicaba? Recurrió a un modelo de intervención muy bien establecido, pero raramente utilizado: el modelo médico y político de la cuarentena.

Desde fines de la Edad Media existía no solo en Francia sino en todos los países europeos "un reglamento de urgencia", como se llamaría hoy, que debía ser aplicado cuando la peste o una enfermedad epidémica, violenta, apareciera en una ciudad. Ese plan de urgencia consistía en lo siguiente:

1. Todas las personas debían permanecer en casa para ser localizadas en un lugar único. Cada familia en su hogar y, de ser posible, cada persona en su propio aposento. Nadie se debía mover.

2. La ciudad debía dividirse en barrios a cargo de una autoridad especialmente designada. De este jefe de distrito dependían los inspectores, que debían recorrer las calles durante el día o permanecer en sus extremos para verificar si alguien salía de su vivienda. Se trataba, pues, de un sistema de vigilancia generalizada que dividía y controlaba el recinto urbano.

3. Estos vigilantes de calle o de barrio debían presentar todos los días al alcalde de la ciudad un informe detallado de todo lo que habían observado. Se empleaba, por lo tanto, un sistema no solo de vigilancia sino también de registro centralizado.

4. Los inspectores debían pasar revista diariamente a todos los habitantes de la ciudad. En todas las calles por donde pasaban pedían a cada habitante que se presentara en determinada ventana, a fin de verificar si seguía viviendo y de anotarlo en el registro general. El hecho de que una persona no apareciera en la ventana significaba que estaba enferma, que había contraído la peste, y por lo tanto había que recogerla para trasladarla a una enfermería especial fuera de la ciudad. Se trataba, pues, de una revisión exhaustiva de los vivos y de los muertos.

5. Se procedía a la desinfección casa por casa, con la ayuda de perfumes e inciensos.

Ese plan de cuarentena fue un ideal político-médico de la buena organización sanitaria de las ciudades en el siglo XVIII. Hubo fundamentalmente dos grandes modelos de organización médica en la historia occidental: uno suscitado por la lepra y otro por la peste.

En la Edad Media, en cuanto se descubría un caso de lepra era inmediatamente expulsado del espacio común, de la ciudad, desterrado a un lugar confuso donde su enfermedad se mezclaría con la de otros. El mecanismo de la exclusión era el de la purificación del medio urbano. Medicalizar a un individuo significaba separarlo y, de esta manera, purificar a los demás. Era una medicina de exclusión. El propio internamiento de los dementes, malhechores, etc., en el comienzo del siglo XVII, obedeció todavía a ese concepto.

En compensación, existió otro gran sistema político-médico que fue establecido no contra la lepra, sino contra la peste. En este caso la medicina no excluía ni expulsaba al enfermo a una región tétrica y llena de confusión. El poder político de la medicina consistía en distribuir a los individuos unos al lado de otros, aislarlos, individualizarlos, vigilarlos uno a uno, verificar su estado de salud, comprobar si vivían o habían muerto y en mantener así a la sociedad en un espacio dividido, inspeccionado, constantemente vigilado y controlado por un registro lo más completo posible de todos los fenómenos ocurridos.

Hubo, pues, el esquema médico de reacción a la lepra, que era de exclusión, de exilio, de tipo religioso, de purificación de la ciudad, y el que suscitó la peste, en el que no se aplicaba el internamiento y el agrupamiento fuera del centro urbano sino, por el contrario, se recurría al análisis minucioso de la ciudad, al registro permanente. El modelo religioso fue, pues, sustituido por el militar, y es la revisión militar y no la purificación religiosa la que en el fondo sirvió esencialmente de modelo a esta organización político-médica.

La medicina urbana, con sus métodos de vigilancia, de hospitalización, etc., no fue más que un perfeccionamiento, en la segunda mitad del siglo XVIII, del esquema político-médico de la cuarentena que había sido iniciado a fines de la Edad Media, en los siglos XVI y XVII. La higiene pública fue una variación refinada de la cuarentena y de ahí parte la gran medicina urbana que aparece en la segunda mitad del siglo XVIII y que se desarrolla sobre todo en Francia.

Los objetivos de la medicina urbana esencialmente eran los siguientes:

1. Analizar los lugares de acumulación y amontonamiento de todo lo que en el espacio urbano podía provocar enfermedades, lugares que generaban y difundían fenómenos epidémicos o endémicos. Se trataba

fundamentalmente de los cementerios. Fue así como surgieron entre 1740 y 1750 las protestas contra el hacinamiento de los cementerios, y comenzaron las primeras grandes emigraciones de los cementerios hacia la periferia de la ciudad alrededor de 1780. En esta época aparece el cementerio individualizado, es decir, el ataúd individual, la sepultura reservada para las familias, donde se inscribe el nombre de cada uno de sus miembros.

Es frecuente la creencia de que en la sociedad moderna, el culto a los muertos se debe a las enseñanzas del cristianismo. No comparto esta opinión. No hay nada en la teología cristiana que induzca a creer en el respeto al cadáver propiamente dicho. El Dios cristiano Todopoderoso puede resucitar a los muertos aun cuando estén mezclados en el osario.

La individualización del cadáver, del ataúd y de la tumba aparecieron a fines del siglo XVIII por razones no teológico-religiosas de respeto al cadáver, sino por motivos político-sanitarios de respeto a los vivos. Para proteger a los vivos contra la influencia nefasta de los muertos, es preciso que estos últimos estén tan bien clasificados—o mejor si es posible—como los primeros.

De esta manera apareció en la periferia de las ciudades, a fines del siglo XVIII, un verdadero ejército de muertos tan bien alineados como una tropa a la que se le pasa revista, pues era necesario controlar, analizar y reducir ese peligro perpetuo que constituyen los muertos. En consecuencia, se les colocaría en el campo, ordenadamente uno al lado de otro, en las grandes planicies que circundaban las ciudades.

No era una idea cristiana, sino médica, política. La mejor prueba es que cuando se pensó en el traslado del Cementerio de los Inocentes de París, se acudió a Fourcroy, uno de los más grandes químicos de fines del siglo XVIII, para saber cómo había que combatir la influencia de ese cementerio, y es él quien pide se traslade el cementerio, es él quien al estudiar las relaciones del organismo vivo y el aire que se respira, se encarga de esta primera policía médica urbana, sancionada por el exilio de los cementerios.

Otro ejemplo es el caso de los mataderos, también situados en el centro de París, respecto a los cuales se decidió, después de consultar con la Academia de Ciencias, instalarlos en los alrededores de la ciudad, al oeste, en La Villette.

El primer objetivo de la medicina consistía, por lo tanto, en analizar los sectores de hacinamiento, de confusión y de peligro en el recinto urbano.

2. La medicina urbana tuvo un nuevo objetivo: el control de la

circulación, no de la circulación de los individuos sino de las cosas o de los elementos, esencialmente el agua y el aire.

Era una vieja creencia del siglo XVIII la de que el aire influía directamente sobre el organismo, porque transportaba miasmas o porque su excesiva frialdad, calor, sequedad o humedad se transmitían al organismo, y por último, que el aire ejercía, por acción mecánica, una presión directa sobre el cuerpo. El aire era considerado como uno de los grandes factores patógenos.

Pero ¿cómo mantener las cualidades del aire en una ciudad y lograr un aire sano cuando este está bloqueado y no puede circular entre los muros, las casas, los recintos, etc.? Surge entonces la necesidad de abrir grandes avenidas en el espacio urbano para mantener el buen estado de salud de la población. Por consiguiente se solicitó la opinión de comisiones de la Academia de Ciencias, de médicos, químicos, etc., acerca de los mejores métodos de ventilación de las ciudades. Uno de los casos más conocidos fue la destrucción de casas que se encontraban en los puentes de las ciudades. Por causa de la aglomeración y el precio del terreno, durante la Edad Media y también en los siglos XVII y XVIII algunas viviendas se construyeron en los puentes. Se consideró, entonces, que esas casas impedían la circulación del aire por encima de los ríos y que retenían el aire húmedo en sus márgenes, y fueron sistemáticamente demolidas. Se llegó incluso a calcular las muertes que fueron evitadas gracias al derribo de tres casas construidas sobre el Pont Neuf: 400 personas por año, 20,000 en 50 años, etc.

Se organizaron, por lo tanto, corredores de aire, así como también de agua. En París, en 1767, un arquitecto llamado Moreau tuvo la idea precoz de proponer un plan modelo para la organización de las márgenes e islas del Sena, que no se aplicó hasta comienzos del siglo XIX, con el fin de que la propia corriente del río limpiara de miasmas a la ciudad.

Así pues, el segundo objetivo de la medicina urbana es el control y establecimiento de una buena circulación del agua y del aire.

3. Otra gran finalidad de la medicina urbana fue la organización de lo que podríamos llamar distribuciones y secuencias. ¿Dónde colocar los diferentes elementos necesarios a la vida común de la ciudad? Se planteaba el problema de la posición recíproca de las fuentes y los desagües o de las bombas y los lavaderos fluviales. ¿Cómo evitar la filtración de aguas cloacales en las fuentes de agua para beber? ¿Cómo evitar que la bomba que abastecía de agua para beber a la población no aspirara agua sucia de los lavaderos vecinos?

En la segunda mitad del siglo XVIII se consideraba que esa desorga-

nización era la causa de las principales enfermedades epidémicas de las ciudades. Ello dio origen a la elaboración del primer plan hidrográfico de París, en 1742, que fue la primera investigación sobre los lugares en que se podía extraer agua que no hubiera sido contaminada por las cloacas y sobre política de la vida fluvial. Al estallar la Revolución Francesa en 1789, la ciudad de París ya había sido detenidamente estudiada por una policía médica urbana que había establecido las directrices de lo que debería realizar una verdadera organización de salud de la ciudad.

Sin embargo, hasta fines del siglo XVIII no se tocó el tema del conflicto entre la medicina y los otros tipos de poder: la propiedad privada. La política autoritaria con respecto a la propiedad privada, a la habitación privada, no fue esbozada en el siglo XVIII salvo en uno de sus aspectos: las cuevas. Las cuevas que pertenecen al propietario de la casa quedan sujetas a ciertas regulaciones en cuanto a su uso y a la construcción de galerías.

Este era el problema de la propiedad del subsuelo en el siglo XVIII, planteado a partir de la tecnología minera. Desde el momento en que se supo construir minas de profundidad surgió el problema de su pertenencia. A mediados del siglo XVIII se elaboró una legislación autoritaria sobre el subsuelo, que disponía que su propiedad no correspondía al dueño del suelo, sino al Estado y al Rey. De esa forma el subsuelo de París fue controlado por las autoridades, mientras que el terreno de superficie, al menos lo que concierne a la propiedad privada, no lo fue. Los espacios comunes, como los lugares de circulación, los cementerios, los osarios y los mataderos fueron controlados, lo que no sucedió con la propiedad privada antes del siglo XIX.

La medicalización de la ciudad en el siglo XVIII es importante por varias razones:

1. Por intermedio de la medicina social urbana, la profesión médica se puso directamente en contacto con otras ciencias afines, fundamentalmente la química. Desde la época de confusión en que Paracelso y Vahelmont trataron de establecer las relaciones entre la medicina y la química no se logró nada más a este respecto. Y fue precisamente el análisis del aire, de la corriente de aire, de las condiciones de vida y de la respiración lo que puso en contacto a la medicina y la química. Fourcroy y Lavoisier se interesaron por el problema del organismo por mediación del control del aire urbano.

La intercalación de la práctica médica en un cuerpo de ciencia físico-química se hizo a través de la urbanización. No se pasó a una medicina científica a través de la medicina privada, individualista, ni

a través de una mayor atención del individuo. La introducción de la medicina en el funcionamiento general del discurso y del saber científico se hizo a través de la socialización de la medicina, del establecimiento de una medicina colectiva, social, urbana. A ello se debe la importancia de la medicina urbana.

2. La medicina urbana no es realmente una medicina del hombre, del cuerpo y del organismo, sino una medicina de las cosas: del aire, del agua, de las descomposiciones, de los fermentos; es una medicina de las condiciones de vida del medio de existencia.

Esta medicina de las cosas ya esbozaba, sin emplear todavía el término, el concepto de medio ambiente que los naturalistas de fines del siglo XVII, como Curier, iban a desarrollar. La relación entre organismo y medio se estableció simultáneamente en el orden de las ciencias naturales y de la medicina por intermedio de la medicina urbana. No se pasó del análisis del organismo al análisis del medio ambiente. La medicina pasó del análisis del medio al de los efectos del medio sobre el organismo y finalmente al análisis del propio organismo. La organización de la medicina urbana fue importante para la constitución de la medicina científica.

3. Con la medicina urbana aparece poco antes de la Revolución Francesa—que habría de tener importancia considerable para la medicina social—la noción de salubridad. Una de las decisiones tomadas por la Asamblea Constituyente en 1790 ó 1791 fue, por ejemplo, la creación de comités de salubridad en los departamentos y ciudades principales.

Es preciso señalar que salubridad no es lo mismo que salud, pero se refiere al estado del medio ambiente y sus elementos constituyentes que permiten lo mejor a esta última. La salubridad es la base material y social capaz de asegurar la mejor salud posible a los individuos. Correlacionado con ella surge el concepto de higiene pública como la técnica de control y de modificación de los elementos del medio que pueden favorecer o perjudicar la salud.

Salubridad e insalubridad significan el estado de las cosas y del medio por cuanto afectan a la salud; la higiene pública es el control político-científico de este medio.

El concepto de salubridad aparece, pues, al comienzo de la Revolución Francesa, y el de higiene pública había de ser el concepto que en la Francia de principios del siglo XIX abarca lo esencial de la medicina social. Una de las grandes revistas médicas de esta época, la *Revue d'hygiène publique*, que empieza a publicarse en 1820, será el portavoz de la medicina social francesa.

Esta medicina distaba mucho de la medicina del Estado tal como se definía en Alemania, pues estaba mucho más cerca de las pequeñas comunidades, las ciudades y los barrios, y al mismo tiempo no contaba todavía con ningún instrumento específico de poder. El problema de la propiedad privada, principio sagrado, impidió que esta medicina fuera dotada de un poder fuerte. Pero si bien la "Staatsmedizin" alemana le gana en poder, no cabe duda de que su agudeza de observación y su cientificidad son superiores.

Gran parte de la medicina científica del siglo XIX tuvo su origen en la experiencia de esta medicina urbana que se desarrolló a fines del siglo XVIII.

MEDICINA DE LA FUERZA LABORAL

La tercera dirección de la medicina social puede ser analizada a través del ejemplo inglés. La medicina de los pobres, de la fuerza laboral, del obrero, no fue la primera meta de la medicina social, sino la última. En primer lugar el Estado, en segundo la ciudad, y por último los pobres y los trabajadores fueron objeto de la medicalización.

Lo que caracteriza a la medicina urbana francesa es el respeto por la vivienda privada y la norma de que el pobre, la plebe, el pueblo, no debía ser considerado como un elemento peligroso para la salud de la población. El pobre, el obrero, no fue analizado como los cementerios, los osarios, los mataderos, etc.

¿Por qué en el siglo XVIII no se planteó el problema de los pobres como fuente de peligro médico? Las razones fueron varias. Una de orden cuantitativo: el hacinamiento no era todavía tan grande como para que la pobreza representara un peligro. Pero hubo una razón más importante: la de que el pobre funcionaba en el interior de la ciudad como una condición de la existencia urbana.

Los pobres de la ciudad hacían diligencias, repartían cartas, recogían la basura, retiraban de la ciudad muebles, ropas y trapos viejos que luego redistribuían o vendían, etc. Formaban parte de la instrumentación de la vida urbana. En esa época las casas no estaban numeradas ni había servicio postal y nadie mejor que los pobres conocían la ciudad con todos sus detalles e intimidades y cumplían una serie de funciones urbanas fundamentales, como el acarreo de agua o la eliminación de desechos.

En la medida en que formaban parte del contexto urbano, como las

cloacas o la canalización, los pobres desempeñaban una función indiscutible y no podían ser considerados como un peligro.

En el nivel en que se situaban eran bastante útiles. Hasta el segundo tercio del siglo XIX no se planteó el problema como un peligro. Las razones son varias:

1. Razón política. Durante la Revolución Francesa y, en Inglaterra durante las grandes agitaciones sociales de comienzos del siglo XIX, la población necesitada se convierte en una fuerza política capaz de rebelarse o por lo menos de participar en las revueltas.

2. En el siglo XIX se encontró un medio que sustituía en parte los servicios prestados por la población, como el establecimiento, por ejemplo, de un sistema postal y un sistema de cargadores, lo que provocó una serie de disturbios populares en protesta de esos sistemas que privaban del pan y de la posibilidad de vivir a los más pobres.

3. Con la epidemia de cólera de 1832, que comenzó en París y se propagó a toda Europa, cristalizaron una serie de temores políticos y sanitarios con respecto a la población proletaria o plebeya.

A partir de esa época, se decidió dividir el recinto urbano en sectores pobres y ricos. Se consideró que la convivencia de pobres y ricos en un medio urbano entrelazado constituía un peligro sanitario y político para la ciudad, y ello originó el establecimiento de barrios pobres y ricos, con viviendas de pobres y de ricos. El poder político comenzó entonces a intervenir en el derecho de la propiedad y de la vivienda privada. Fue este el momento de la gran redistribución, en el segundo Imperio Francés, del área urbana de París.

Estas son las razones por las cuales hasta el siglo XIX la población plebeya urbana no fue considerada como un peligro médico.

En Inglaterra—país que experimentaba el desarrollo industrial y, por consiguiente, el desarrollo del proletariado, más rápido e importante—aparece una nueva forma de medicina social, sin que ello signifique que no existieran en Inglaterra proyectos de medicina del Estado al estilo alemán. Chadwick, por ejemplo, hacia 1840, se inspiró en gran parte en los métodos alemanes para la elaboración de sus proyectos. Además, Ramsay escribió en 1846 un libro titulado *Health and Sickness of Town Populations* que refleja el contenido de la medicina urbana francesa.

Es esencialmente la "Ley de los pobres" lo que convierte a la medicina inglesa en medicina social, en la medida en que las disposiciones de esa ley implicaban un control médico del necesitado. A partir del momento en que el pobre se beneficia del sistema de asistencia, queda obligado a someterse a varios controles médicos.

Con la "Ley de los pobres" surge, de manera ambigua, un importante factor en la historia de la medicina social: la idea de una asistencia fiscalizada, de una intervención médica que constituyera un medio de ayudar a los más pobres a satisfacer unas necesidades de salud que por su pobreza no podrían atender y que al mismo tiempo permitiera mantener un control por el cual las clases adineradas, o sus representantes en el gobierno, garantizaban la salud de las clases necesitadas y, por consiguiente, la protección de la población más privilegiada. Así se establece un cordón sanitario autoritario en el interior de las ciudades entre los ricos y los pobres: a estos últimos se les ofrece la posibilidad de recibir tratamiento gratuito o sin mayores gastos y los ricos se libran de ser víctimas de fenómenos epidémicos originarios de la clase pobre.

En la legislación médica se ve claramente la transposición del gran problema político de la burguesía en esa época: ¿a qué precio? ¿en qué condiciones? ¿cómo garantizar su seguridad política? La legislación médica contenida en la "Ley de los pobres" correspondía a ese proceso. Pero esta ley—y la asistencia-protección y asistencia-control que implica—fue solo el primer elemento de un complejo sistema cuyos otros elementos aparecieron más tarde, alrededor de 1870, con los grandes fundadores de la medicina social inglesa, principalmente John Simon, quienes completaron la legislación médica de un servicio autoritario, no de los cuidados médicos, sino de control médico de la población. Se trata de los sistemas de "health service", de "health offices", que comenzaron en Inglaterra en 1875 y que a fines del siglo XIX se aproximaban a 1,000, con las funciones siguientes:

1. Control de la vacunación, obligando a los diferentes elementos de la población a inmunizarse.
2. Organización del registro de las epidemias y enfermedades capaces de convertirse en epidemias, haciendo obligatoria la declaración de enfermedades peligrosas.
3. Identificación de lugares insalubres y, oportunamente, destrucción de esos focos de insalubridad.

El "health service" era el segundo elemento que prolongaba la "Ley de los pobres". Mientras esta ley comprendía un servicio médico destinado a los pobres propiamente dichos, el "health service" tenía como características la protección de toda la población por igual y el estar constituido por médicos que ofrecían cuidados que no eran individuales sino que incluían a la población en general, a las medidas preventivas que debían ser tomadas y, al igual que en la medicina urbana francesa, a las cosas, los locales, el medio social, etc.

Sin embargo, el análisis del funcionamiento del "health service" revela que era un modo de completar a nivel colectivo los mismos controles garantizados por la "Ley de los pobres". La intervención en los locales insalubres, las verificaciones de la vacunación, los registros de enfermedades, en realidad tenían por objeto el control de las clases más necesitadas.

Precisamente por esta razón el control médico inglés, garantizado por los "health offices", provocó, desde su creación, una serie de reacciones violentas de la población, de resistencia popular, de pequeñas insurrecciones antimédicas en la Inglaterra de la segunda mitad del siglo XIX. Esas resistencias médicas fueron señaladas por McKeown en una serie de artículos publicados en la revista *Public Law* en 1967. Creo que sería interesante analizar no solo en Inglaterra sino en diversos países del mundo cómo esa medicina organizada en forma de control de la población necesitada suscitó resistencias. Por ejemplo, es curioso observar que los grupos religiosos disidentes, tan numerosos en los países anglosajones de religión protestante, tenían esencialmente por objeto, en los siglos XVII y XVIII, luchar contra la religión del Estado y la intervención del Estado en materia religiosa. Sin embargo, los que reaparecieron en el siglo XIX eran grupos religiosos disidentes de diverso tipo en los distintos países, cuya finalidad era combatir la medicalización, reivindicar el derecho a la vida, el derecho a enfermarse, a curarse y a morir, según el deseo propio. Ese deseo de escapar de la medicalización autoritaria fue uno de los aspectos que caracterizaron a varios grupos aparentemente religiosos, con vida intensa, a fines del siglo XIX y aun hoy en día.

En los países católicos la situación fue diferente. ¿Qué otro significado tiene la peregrinación a Lourdes, desde fines del siglo XIX hasta la época actual, para los millones de peregrinos pobres que acuden allí todos los años, más que una especie de resistencia imprecisa a la medicalización autoritaria de sus cuerpos y enfermedades?

En lugar de ver en esas prácticas religiosas un fenómeno residual de creencias arcaicas todavía no desaparecidas, ¿no serán acaso una forma actual de lucha política contra la medicalización políticamente autoritaria, la socialización de la medicina, el control médico que pesa esencialmente en la población necesitada? ¿no serán luchas que reaparecen en esas formas aparentemente arcaicas, aunque sus instrumentos sean antiguos, tradicionales y supongan un sistema de creencias más o menos abandonadas? La vigorosidad de esas prácticas todavía actuales estriba en que constituyen una reacción contra esa medicina de los

pobres, al servicio de una clase, de la que la medicina social inglesa es un ejemplo.

De manera general se puede afirmar que, a diferencia de la medicina del Estado alemana del siglo XVIII, aparece en el siglo XIX y sobre todo en Inglaterra una medicina que consistía esencialmente en un control de la salud y del cuerpo de las clases más necesitadas, para que fueran más aptas al trabajo y menos peligrosas para las clases adineradas.

Esa fórmula de la medicina social inglesa fue la que tuvo futuro, contrariamente a lo que le ocurrió a la medicina urbana y sobre todo a la medicina del Estado. El sistema inglés de Simon y sus sucesores, permitió, por un lado, vincular tres cosas: la asistencia médica al pobre, el control de la salud de la fuerza laboral y la indagación general de la salud pública, protegiendo así a las clases más ricas de los peligros generales, y por otro lado—y en ello consiste su originalidad—permitió la realización de tres sistemas médicos superpuestos y coexistentes: una medicina asistencial dedicada a los más pobres, una medicina administrativa encargada de problemas generales, como la vacunación, las epidemias, etc., y una medicina privada que beneficiaba a quien tenía medios de pagarla.

Mientras el sistema alemán de la medicina del Estado era oneroso y la medicina urbana francesa era un proyecto general de control sin instrumento preciso de poder, el sistema inglés hizo posible la organización de una medicina con facetas y formas de poder, diferentes según se tratara de la medicina asistencial, administrativa o privada, de sectores bien delimitados que permitieron, durante los últimos años del siglo XIX y primera mitad del XX, la existencia de una indagación médica bastante completa. Con el plan Beveridge y los sistemas médicos de los países más ricos e industrializados de la actualidad, se trata siempre de hacer funcionar esos tres sectores de la medicina, aunque sean articulados de manera diferente.

RESUMEN

En esta conferencia, el Profesor Michel Foucault analiza el desarrollo del sistema médico y el modelo seguido en Occidente a partir del siglo XVIII en base a tres aspectos: la biohistoria, la medicalización y la economía de la salud, para luego profundizar el estudio sobre la historia de la medicalización a partir del siglo XIX, tomando como referencia el ejemplo francés.

El autor plantea como hipótesis de trabajo que la medicina moderna es una medicina social y, por lo tanto, una práctica social que se desenvuelve en la sociedad capitalista desde fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, determinando la estructuración de tres formas de medicina: la medicina del Estado, la medicina urbana y la medicina de la fuerza laboral.

En relación con cada una de las formas de medicina analiza históricamente su desarrollo y su ligazón con la estructura social vigente en Alemania, Francia e Inglaterra, definiendo el por qué en Alemania a partir de fines del siglo XVIII y comienzos del XIX se estableció una medicina "burocratizada, colectivizada y estatizada"; en Francia la medicina urbana, con sus métodos de vigilancia; y en Inglaterra la medicina de la fuerza laboral.

HISTORY OF MEDICALIZATION (*Summary*)

In this lecture, Professor Michel Foucault discusses the development of the medical system and the model adopted in the West beginning in the XVIII century from three viewpoints: biohistory, medicalization and health economics, and then deals in detail with the history of medicalization from the XIX century onward, using the French example as a frame of reference.

The working hypothesis of the author is that modern medicine is social medicine, and therefore a social practice that has been developing in capitalist society since the end of the XVIII century and the beginning of the XIX century, and this is responsible for three forms of medicine: State medicine, urban medicine and industrial medicine.

He analyzes each of these forms of medicine and its relations to the current social structure in Germany, France and England, and explain why a bureaucratized, collectivized and state-controlled system of medicine developed in Germany from the end of the XVIII century and beginning of the XIX century; urban medicine in France, based on methods of surveillance; and industrial medicine in England.

HISTÓRIA DA SOCIALIZAÇÃO DA MEDICINA (*Resumo*)

Em sua conferência, o Prof. Michel Foucault analisa o desenvolvimento do sistema médico e o modelo seguido no Ocidente a partir do século XVIII, com base em três aspectos: a bio-história, a socialização e a economia da saúde. A seguir, aprofunda-se no exame da história da socialização da medicina a partir do século XIX, adotando como referência o exemplo da França.

Sustenta o autor a tese de que a medicina moderna é uma medicina social e, portanto, uma prática social desenvolvida na sociedade capitalista desde fins do século XVIII e princípios do século XIX, o que determina a estruturação de três formas de medicina: a medicina estatal, a medicina urbana e a medicina do trabalhador.

Analisando o desenvolvimento histórico e a vinculação de cada uma dessas formas com a estrutura social vigente na Alemanha, França e Inglaterra, define por que, a partir de fins do século XVIII e princípios do século XIX, foi estabelecida uma medicina “burocratizada, coletivizada e estatizada” na Alemanha; a medicina urbana, com seus métodos de vigilância, na França; e a medicina do trabalhador na Inglaterra.

HISTOIRE DE LA MEDICALISATION (*Résumé*)

Dans cette conférence, le professeur Michel Foucault analyse l'évolution du système médical et le modèle suivi en Occident à partir du XVIII^e siècle sur la base de la biohistoire, de la médicalisation et de l'économie de la santé pour ensuite approfondir l'étude de l'histoire même de la médicalisation à partir du XIX^e siècle en prenant pour référence l'exemple de la France.

L'auteur avance comme hypothèse de travail que la médecine moderne est une médecine sociale et, partant, une pratique sociale que connet la société capitaliste depuis la fin du XVIII^e et le début du XIX^e siècles et qui détermine la structuration de trois formes de médecine: la médecine de l'Etat, la médecine urbaine et la médecine de la force de travail.

Pour chacune des formes de médecine, l'auteur analyse leur évolution d'un point de vue historique et leur lien avec la structure sociale en vigueur en Allemagne, en France et en Angleterre, expliquant la raison pour laquelle en Allemagne au début à la fin du XVIII^e siècle et au début du XIX^e s'est établie une médecine “bureaucratizada, coletivizada e estatizada”; en France une médecine urbaine avec ses méthodes de surveillance et en Angleterre une médecine de la force de travail.

Atenção à saúde e educação médica: uma experiência e uma proposição

DR. FREDERICO S. BARBOSA,¹ DR. ÁTTILA G. DE
CARVALHO,² DR. A. CARLILE H. LAVOR^{1,3} E
DR. J.F.N. PARANAGUÁ SANTANA¹

INTRODUÇÃO

O ensino de medicina tem evoluído no sentido de se tornar cada vez mais próximo da realidade de cada país. Nos países em desenvolvimento, com suas chocantes desigualdades, mais importante se torna ainda a adequação do ensino de medicina à realidade regional. Em termos coletivos, saúde é um bem que deve ser distribuído globalmente e um direito a que cada cidadão aspira.

O objetivo imediato do presente trabalho é relatar a experiência de um projeto de integração docente-assistencial e propor a ampliação desse campo de trabalho para cobrir toda a área do Distrito Federal.

A tese que se pretende apresentar aqui é a de que não se pode ensinar adequadamente medicina, e muito menos educar o médico, sem contar com um razoável serviço de saúde. Em outras palavras, a educação médica deve ter como substrato o ensino das ciências da saúde apoiado em um adequado sistema de distribuição de serviços.

A integração docente-assistencial tem sido muito debatida ultimamente e muitos de seus conceitos parecem estar suficientemente compreendidos. Recentemente Sonis (15) discutiu o problema com bastante clareza.

A universidade, de modo geral, tende a sofisticar seus serviços, enfatizando o ensino e a pesquisa, em detrimento da atenção individual e comunitária, enquanto as agências distribuidoras de serviços, com suas precípuas obrigações assistenciais, tendem a rotinizá-los. Somando a isso preconceitos e o mau tradicionalismo,

¹Professor da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.

²Diretor do Hospital Regional de Planaltina, Distrito Federal.

³Médico do Hospital Regional de Planaltina, Distrito Federal.

chegamos à situação, mais comum hoje no país, de completa dissociação entre os hospitais universitários e os serviços de saúde. Esse é, a nosso ver, o maior óbice que se antepõe à educação médica.

É óbvio que os objetivos dos cursos médicos, nos poucos casos em que foram definidos, de modo geral não condizem com a realidade regional. Nem poderia ser de outra maneira, a não ser que a educação médica fosse revisada conceitualmente.

A tudo isso junta-se o problema da mercantilização da medicina, em que o médico é transformado em agente de distribuição de uma "mercadoria" que não pode ser vendida, porque não está sujeita às leis da oferta e da procura.

Deve-se, por conseqüência, encarar com objetividade a situação atual da distribuição dos serviços de saúde à população se quisermos sobre ela montar um programa de educação médica.

Não prevalece a desculpa de que países com poucos recursos não podem ter um sistema adequado de saúde. Veja-se Newell (6): "... com os instrumentos e métodos disponíveis no momento, a maioria dos países pode atingir um nível aceitável de saúde a um custo com o qual pode arcar". É ainda Newell (7) quem diz: "Ainda não conhecemos a "solução ótima", se é que existe; mas dispomos de meios de ação progressivos para chegar a uma solução aceitável."

Cerca de 37% dos habitantes da América Latina e do Caribe não recebem tipo algum de serviços de saúde. A esses habitantes, que vivem geralmente na periferia das grandes cidades ou em zonas rurais remotas, "em poucas palavras, foi negado o que é um direito universal dos homens e não um privilégio: boa saúde, bem-estar e a oportunidade de ver realizado seu potencial individual" (9). A maneira mais adequada de estender a cobertura de saúde a essas populações é a regionalização de serviços.

À universidade cabe o papel de agente catalizador, procurando integrar os serviços de saúde com as atividades docentes em um sistema regionalizado de atendimento à população.

REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Embora os serviços tradicionais de saúde tenham sofrido modificações substanciais em alguns países do mundo ocidental, a necessidade de novas formas de organização é reconhecida.

Os princípios da regionalização dos serviços de saúde estão hoje aceitos pela grande maioria dos que lidam com planejamento e admi-

nistração de saúde. Em 1969, os Ministros da Saúde das Américas recomendaram que, para definir os programas de saúde, fossem consideradas as condições sociais e culturais particularmente das comunidades rurais tradicionais (8). Em 1973, a Organização Mundial da Saúde definiu o desenvolvimento como um processo eminentemente social (17). No Brasil, o Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento (12) contém os princípios reguladores do desenvolvimento social do país, como ação conjunta de vários organismos.

As relações entre saúde e economia são hoje em dia reconhecidas por todos os que lidam com problemas de desenvolvimento comunitário. O conhecido ciclo vicioso da pobreza, ignorância e doença, gerando menos saúde e menos produtividade, só poderá ser rompido através do processo de desenvolvimento. No entanto, é preciso não esquecer que a saúde é não apenas um fim, mas um meio para o desenvolvimento.

Existe uma pressão mundial no sentido da renovação dos processos de atenção à saúde. É do conhecimento comum que os sistemas clássicos de saúde procuram responder à demanda e não às necessidades reais da população. O problema, que não foi resolvido pela extensão progressiva do seguro-saúde a toda a população nos países desenvolvidos, é especialmente importante para os países em desenvolvimento. Naqueles, pelo contrário, o que vem ocorrendo é o enorme aumento da demanda, com conseqüente inferiorização da qualidade dos serviços. Mais serviços de saúde resultarão em aumento da demanda com as conseqüências mencionadas acima.

Para regular o *input* (insumo) do sistema de saúde é necessário mudar os serviços clássicos atuais. O ponto de entrada do sistema pode ser regulado por meio de um processo de atendimento à saúde no qual se utilize economicamente a mão-de-obra médica, pelo uso racional de "auxiliares de saúde".

Auxiliares de saúde têm sido preparados e utilizados em várias partes do mundo, onde são conhecidos por denominações as mais diversas (16). A mensagem humanitária que eles levam às comunidades é sempre a mesma, embora as soluções possam diferir. Na realidade, as comunidades devem dar a resposta a seus próprios problemas, e a maneira pela qual devem agir é "ajudar as pessoas a se ajudarem a si mesmas" (18).

A regionalização dos serviços de saúde deverá ser feita através da atenção aos níveis primário, secundário e terciário.

A atenção primária é feita ao nível periférico, por intermédio de centros e postos de saúde. O nível secundário é atendido por hospitais

regionais. E finalmente, o nível terciário é exercido por um hospital de base especializado.

É claro que os níveis definidos acima podem ser desdobrados de acordo com as peculiaridades de cada região. Pode haver um nível 1, limitado à atenção familiar por meio de auxiliares de saúde, um nível 2 estabelecido em postos de saúde, um nível 3 em centros de saúde, um nível 4 em hospital geral e, finalmente, um nível 5 em hospital de base (5). Em alguns casos, nove níveis de saúde foram definidos.

A abordagem não é nova: foi oficialmente proclamada em 1972, pelos Ministros da Saúde das Américas, em sua III Reunião Especial em Santiago, Chile (10).

A atenção à saúde deverá cobrir toda a população de determinada área, atingindo os lugares mais remotos, através da regionalização dos serviços. O sistema proposto deverá prevenir a má distribuição e a ausência de serviços locais de saúde.

INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL

A integração entre os órgãos formadores de recursos humanos para a saúde e os de prestação de serviços pressupõe uma filosofia de trabalho baseada: 1) na delimitação das responsabilidades de cada instituição, na prestação de serviços, na formação de pessoal de saúde e no desenvolvimento de atividades de pesquisa; 2) no aproveitamento racional da mão-de-obra de saúde, particularmente a médica; 3) na compreensão do trabalho em equipe; e 4) na participação da comunidade.

Integração não significa justaposição de instituições para um mesmo fim e, muito menos, absorção de algumas com predominância administrativa de uma delas. Como já foi mencionado, a integração deve admitir de início a aceitação por todas as instituições participantes dos princípios de regionalização em integração docente-assistencial e a definição de responsabilidades no planejamento, administração, execução, supervisão e avaliação dos serviços.

Nas condições de países como o Brasil, a integração pode ser feita mediante convênios entre as instituições participantes, de modo que elas possam administrar o programa em forma participativa interinstitucional. O modelo desse tipo que vem operando em Planaltina está funcionando com excelente rendimento. A Universidade de Brasília, em convênios bilaterais com a Fundação Hospitalar do Distrito Federal, a Fundação do Serviço Social e o FUNRURAL, participa da administração de serviços a nível local.

As funções da universidade estão bem definidas em documento da OPAS (11). Admitindo que as relações entre os departamentos de medicina preventiva e social e os serviços de saúde são superficiais ou limitados, diz o citado documento:

“Nos últimos tempos, porém, acentuou-se a necessidade de se considerarem as expectativas das comunidades em relação com os serviços de saúde e com as mesmas faculdades de medicina. Já se assinalou que estas devem dirigir estudos sobre a forma de atenção médica aos pacientes, porque a universidade é a instituição mais apropriada para estudar as formas de prestação de serviços e os métodos para que estes sejam acessíveis, a fim de que se desenvolvam planos melhores e mais efetivos para a organização e a prestação da atenção médica.”

Entretanto, é necessário examinar mais detidamente o conceito de prestação de serviços em relação às funções da universidade. Não há dúvida de que “...a necessidade de melhor inter-relação das instituições tradicionalmente docentes e das tradicionalmente de serviço tem sido sentida cada vez com maior intensidade. Outrossim, tem-se considerado seriamente na atualidade, em alguns países, a chamada “regionalização docente-assistencial”, dentro do conceito de “medicina comunitária”, como mecanismo para dar formação adequada aos profissionais da saúde. Esse conceito novo oferece grandes perspectivas, porquanto permitirá conjugar, na forma mais efetiva possível, as quatro funções que hoje se reconhecem como próprias para as escolas de medicina: a docência, a pesquisa, a atenção médica e o serviço à comunidade. Há que manter o equilíbrio adequado dessas funções, de acordo com as necessidades próprias de cada país ou região.”

Nas primeiras etapas do programa, torna-se difícil definir bem quais as atribuições de cada órgão que atua no trabalho integrado. Sem dúvida, a universidade deve contribuir de maneira decisiva no planejamento e na montagem do sistema de avaliação. A execução e a supervisão do programa deverão estar exclusivamente a cargo dos órgãos assistenciais, cabendo à universidade participar da administração, assessorar o programa e realizar pesquisas, visando o melhor conhecimento dos problemas sociais e de saúde da área e indicando suas soluções.

A dicotomização entre as ações preventivas e curativas previstas no Sistema Nacional de Saúde (14), salientada em recente documento (4), dá uma idéia das dificuldades de integração em projetos nos quais participa a universidade com os objetivos definidos neste trabalho.

As experiências observadas no Brasil nas quais a universidade admi-

nistra programas de saúde, mesmo os limitados à gerência e manutenção de hospitais, não têm sido satisfatórias.

A construção e manutenção de hospitais, entretanto, já não é estimulada pelo Ministério da Educação, desde que o Sistema Nacional de Saúde definiu os campos de ação e atribuições dos ministérios e órgãos dentro do sistema.

A EXPERIÊNCIA DE PLANALTINA

Os trabalhos comunitários nas Regiões Administrativas VI (Planaltina) e VIII (Jardim) tiveram início em 1967 e foram desenvolvidos em 1968 e 1969, tendo sido elaborados vários planos visando sincronizar o trabalho com as necessidades da comunidade. Dentre eles, o Programa de Assistência Materno-Infantil em Comunidade, executado pela Unidade de Saúde de Planaltina e pela Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho, da Universidade de Brasília, que consistia no estágio obrigatório de alunos das especialidades de obstetrícia e pediatria nas diversas atividades comunitárias intra e extra-murais, que vinham sendo realizadas pela Unidade de Saúde da Fundação Hospitalar do Distrito Federal; o Plano de Controle de Hansenianos, com a participação do Serviço Nacional de Lepra do Ministério da Saúde; o Programa Familiar de Saúde Ambiente, trabalho desenvolvido pela equipe da Unidade de Saúde, através de auxiliares de enfermagem e atendentes, e supervisionado pela enfermagem; o levantamento sobre histoplasmoze; o levantamento helmintológico de esquistossomoze e incidência de doença de Chagas (equipe do Departamento Nacional de Endemias Rurais - Universidade de São Paulo); o cadastro tuberculínico (equipe da Universidade de São Paulo e Serviço Nacional de Tuberculose-Ministério da Saúde); a instalação e funcionamento do Posto Rural de Tabatinga, sob controle da Unidade de Saúde, hoje incorporado ao FUNRURAL e administrado pela Universidade de Brasília, além de outras atividades como controle de gestantes e parturientes, desnutridos, doenças transmissíveis e prevenção de raiva animal e humana.

De 1970 a 1974, os programas que se vinham desenvolvendo na comunidade urbana e rural, sob os auspícios da Unidade de Saúde de Planaltina, eram baseados em uma infra-estrutura de enfermagem que atuava de maneira eficiente e digna de elogios aos já definidos níveis 1, 2 e 3.

Em 1972, por proposta da Unidade de Saúde, foi iniciada a

construção do Hospital Regional de Planaltina (H.R.P.) para que se completasse a etapa do programa elaborado pela Unidade de Saúde da Fundação Hospitalar do Distrito Federal, que colocava sua atuação em termos das quatro etapas preconizadas em linhas anteriores, atingindo o objetivo do programa inicial da Unidade de Saúde (1967), e que se completaria com o funcionamento do Hospital Regional de Planaltina.

Novos entendimentos com a Universidade de Brasília foram iniciados em 1974, quando foi estudada a possibilidade de implantação de um "Programa Integrado de Saúde Comunitária", uma vez que existia a infra-estrutura citada, possibilitando um programa mais audacioso em termos de regionalização em integração docente-assistencial, assunto do presente trabalho.

Em 1974, a Faculdade de Ciências da Saúde, em colaboração com o Hospital de Planaltina e o Centro de Desenvolvimento Social (Fundação do Serviço Social) da mesma cidade, iniciou uma tentativa de integração docente-assistencial (3). A experiência foi muito proveitosa, proporcionando as bases para o desenvolvimento do programa atual.

A principal meta do programa de 1974 (3) foi a elaboração de um modelo realístico de atenção à saúde para a região de Planaltina.

A partir de então foi elaborado um projeto intitulado "Um Modelo de Prestação de Serviços a Nível Periférico com Ênfase em Saúde Familiar." Este projeto foi financiado, em parte, pela Kellogg Foundation e, posteriormente, pela Inter American Foundation. Para os anos de 1976 e 1977, o projeto recebeu recursos do Programa de Integração Nacional, através do Programa de Extensão Universitária do Ministério de Educação e Cultura.

A área operacional do projeto é constituída por duas regiões administrativas do Distrito Federal, Planaltina e Jardim (em parte). O total da área tem 1540,5 km². A população urbana é de 30.985, a suburbana de 661 e a rural de 4.717 habitantes.

A 1º de julho de 1975 esse projeto entrou em execução. No documento (2), onde se discute o planejamento do projeto, estão definidas as atribuições de cada instituição participante. Seu principal objetivo é o seguinte: "Estabelecer um projeto na região de Planaltina, para avaliação de um sistema de saúde baseado nos princípios da regionalização da medicina em integração docente-assistencial. O projeto objetiva a determinação de um processo realístico de atendimento à saúde, adaptado às condições da região."

Os primeiros 13 meses constituíram a fase preparatória do projeto, que, a partir de 1º de agosto de 1976, entrou em sua fase operacional.

Fundamentalmente, o projeto está operando em integração docente-assistencial com regionalização de serviços de âmbito periférico em níveis de atenção primário e secundário.

Uma categoria especial de pessoal auxiliar foi preparada. Esses novos profissionais estão sendo conhecidos como auxiliares de saúde, embora atuem também como promotores de desenvolvimento social. Estão atuando na área 27 destes auxiliares, oito na zona urbana, um na zona suburbana, 15 na zona rural e três nos postos rurais de saúde.

Os auxiliares foram treinados durante seis meses, em 40 horas semanais. *Um Manual do Auxiliar de Saúde* foi preparado. A supervisão direta dos auxiliares é feita pelo pessoal de enfermagem do Hospital e por assistentes sociais do Centro de Desenvolvimento Social (F.S.S.).

Na zona rural estão instalados três postos de saúde do FUNRURAL, onde médicos residentes do programa estabelecem a ligação entre o pessoal de atenção primária (auxiliares de saúde) e o de atenção secundária (hospital).

Os programas didáticos da Faculdade de Ciências da Saúde estão sendo realizados através das seguintes disciplinas do curso de graduação: agressão e defesa, saúde familiar e medicina rural. O internato e a residência em medicina comunitária tiveram início em 1975. O Programa Integrado serve ainda de treinamento para outras áreas da Faculdade. A pediatria mantém há alguns anos estágios rotatórios de internos e residentes. A obstetrícia, a psiquiatria e a medicina interna deverão entrar no programa dentro em breve.

PERSPECTIVAS: A PROPOSIÇÃO

É justo assinalar que, nos primórdios de sua implantação, Brasília recebeu adequado planejamento de saúde (1). É evidente que certos desacertos são de difícil correção, como a presença de hospitais públicos e particulares edificados sem terem levado em conta o plano inicial. Essa eventualidade foi prevista pelo autor do plano, que assim se manifestou: "... não sendo demais assinalarmos que tal eventualidade constituiria mesmo, o comprometimento total do planejamento traçado."

Assinale-se que o plano original de saúde, embora não mais possa, pelos motivos assinalados, ser executado, contou com princípios fundamentais ainda hoje válidos.

Embora o plano não mencione regionalização de serviços, o "zoneamento proposto" dispõe as unidades de saúde de forma a atender a

população em níveis diferentes a determinada competência, dando-se ênfase à integração das atividades preventivas e curativas.

O planejamento foi baseado em programa único e harmonioso, com centralização administrativa e descentralização dos serviços executivos.

No momento, não estava prevista a criação de uma Universidade de Brasília. Apesar disso, o plano faz referência ao efeito negativo que teria a dissociação dos órgãos assistenciais sobre o ensino e a prática de medicina. Foi ainda proposto um órgão de pesquisa e treinamento dentro do sistema, o Instituto de Saúde.

O rápido crescimento populacional do Distrito Federal e o atual sistema de posse de terra aceleraram a construção de cidades satélites em torno de Brasília, não prevista no plano original de saúde. Apesar, entretanto, das distorções e modificações apontadas, a atual estrutura da rede médico-sanitária do Distrito Federal apresenta características físicas que permitem seu aproveitamento visando uma solução adequada.

Não é objetivo do presente trabalho propor essa solução. Acreditamos, entretanto, que é imperioso traçar novo planejamento global de saúde para o Distrito Federal, procurando corrigir as distorções ocorridas.

No momento, nossa meta é menos ambiciosa: pretendemos chegar, a prazo curto, a definir uma área operacional de atenção integrada serviços-universidade, na qual se disponha dos três níveis de atenção à saúde.

A meta a atingir a prazo curto, embora seja menos ambiciosa, propõe-se a servir de modelo para a progressiva extensão dos serviços de saúde no Distrito Federal. Não se deve jamais esquecer, entretanto, que Brasília está situada no centro de uma extensa região sob sua influência. A regionalização de serviços de saúde, para que seja efetiva, tem que considerar um planejamento global de saúde para toda essa região, cujo espaço já foi definido e que compreende partes dos estados de Goiás e Minas Gerais (13).

Entretanto, apesar das distorções temidas pelo autor do Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar de Brasília (1) e das modificações ocorridas no Distrito Federal, já mencionadas neste trabalho, a distribuição dos hospitais e de outras unidades de saúde ali existentes é, quando comparada com outras regiões do país, muito favorável à implantação de um sistema regionalizado de saúde.

A figura 1 mostra como o projeto vem-se desenvolvendo. No momento, a Faculdade de Ciências da Saúde opera em área periférica,

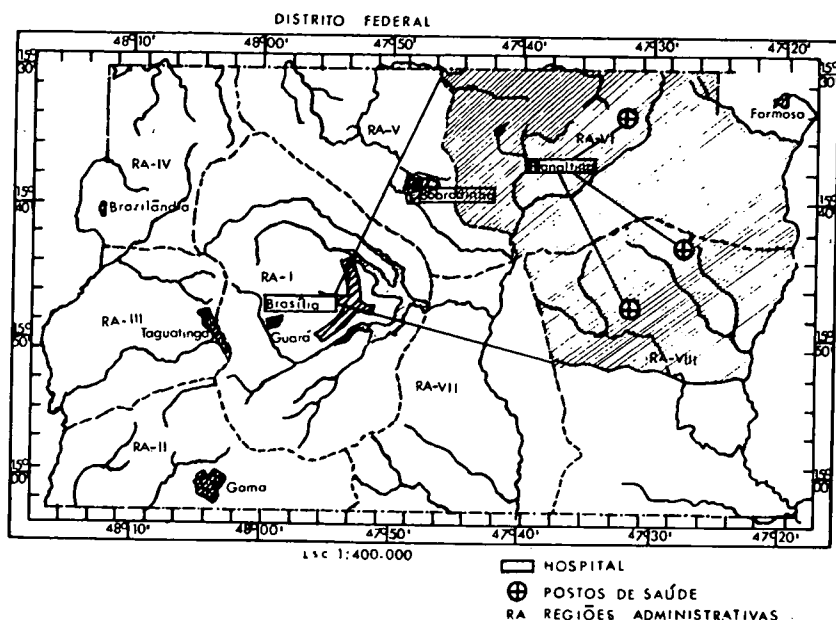


FIG. 1 — Regiões administrativas do Distrito Federal. Cone operacional proposto como modelo de regionalização de serviços de saúde em integração docente-assistencial. A área sombreada indica a área atual de atuação a nível periférico.

em integração com as agências locais de saúde e o Centro de Desenvolvimento Social. As unidades primárias de atenção à saúde, por meio de "auxiliares de saúde", treinados especialmente para esse fim, atuam em contato direto com as populações das zonas rural e urbana. Na zona rural, os auxiliares se articulam com os postos do FUNRURAL, onde atua um médico residente do Programa de Saúde Comunitária. Todas as ações de saúde, na área de atuação do Programa, articulam-se com o Hospital de Planaltina (40 leitos), que tem as características de um hospital-centro de saúde comunitário. Está, assim, definido o primeiro escalão de prestação de serviços regionalizados a nível periférico.

Estão prosseguindo os estudos para definição das funções do segundo escalão de atenção, dentro do sistema regionalizado, o Hospital de Sobradinho (200 leitos), operado pela Faculdade de Ciências da Saúde e que tem características de hospital geral. O modo de atuação na zona rural naquela região administrativa também está sendo estudado.

Finalmente, no ápice do cone operacional, deverá estar localizado o hospital que se deve transformar na unidade base do sistema integrado de regionalização docente-assistencial.

É evidente que o "cone operacional" proposto é flexível, i.e., seus limites não estarão contidos dentro das linhas retas traçadas na figura 1. É possível também considerar a possibilidade de incluir, no momento, na área operacional de integração docente-assistencial, outras áreas periféricas do Distrito Federal que são as mais carentes de serviços de saúde. Deve ficar também bastante claro que a meta final e ambiciosa de todo esse esforço conjunto é a regionalização dos serviços de saúde de toda a zona de influência de Brasília, conservando-se na Capital do país—centro regional—seu hospital de base.

Na ocasião em que a área operacional proposta estiver em pleno funcionamento, isto é, quando a Faculdade de Ciências da Saúde puder dispor de um sistema adequado de saúde, deverá estar preparada para montar racionalmente seu novo currículo, atendendo às peculiaridades dos diversos níveis de atenção à saúde.

A utilização dos diversos níveis de atenção para a prática docente, além de proporcionar um ensino realístico, que se desenrola no cenário cotidiano da vida, trará ainda outros importantes benefícios tanto para a Universidade como para a área dos serviços. Lembramos aqui a descentralização da atividade didática, o trabalho em equipe, a aterrissagem das faculdades de medicina ou saúde no campo prático da distribuição dos serviços de saúde e o melhoramento da qualidade dos serviços. Estudantes de graduação e pós-graduação em contato com os níveis primário e secundário terão melhor compreensão dos aspectos sociais da medicina.

Esta é a proposição para a qual o Programa Integrado de Saúde Comunitária de Planaltina convoca a Universidade e os órgãos prestadores de serviços para uma ampla discussão, a fim de que se possa chegar a um acordo sobre assunto da maior relevância tanto para a Universidade como para os serviços de saúde, em benefício da comunidade.

RESUMO

Depois de uma discussão sobre regionalização dos serviços de saúde e integração docente-assistencial, o *staff* do Programa Integrado de Saúde Comunitária que opera em Planaltina, Distrito Federal, Brasil, apresenta sua experiência e uma proposição.

O Hospital Regional, o Centro de Desenvolvimento Social, o FUN-RURAL (uma agência destinada a atendimento à população rural) e a

Faculdade de Ciências da Saúde participam desse Programa em forma administrativa interinstitucional.

A atenção à saúde é feita através de um sistema regionalizado, limitado no momento à área periférica do Distrito Federal. A atenção primária é realizada através de auxiliares de saúde. Três postos rurais de saúde funcionam com médicos residentes do Programa de Saúde Comunitária. Na base do sistema está o Hospital-Centro de Saúde, com 40 leitos.

Em face dos resultados positivos que vêm sendo obtidos no projeto Planaltina, o Programa Integrado de Saúde Comunitária apresenta uma proposta a fim de que o programa de regionalização docente-assistencial seja estendido a maior região do Distrito Federal, como pode ser visto na figura 1. A parte sombreada do Distrito Federal representa a área operacional do presente projeto. O segundo escalão de atendimento deverá ser o Hospital de Sobradinho (200 leitos), que já é operado pela Universidade de Brasília. Na base de todo o sistema deverá estar um hospital especializado. Os diferentes níveis de atendimento deverão ser então definidos.

Quando o sistema de saúde proposto estiver funcionando, a Faculdade de Ciências da Saúde deverá estar pronta para implementar um novo currículo médico montado sobre os níveis de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

- (1) Bandeira de Melo, H. Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar de Brasília. *Rev Ser Esp Saúde Publ* 11:1-121, 1959.
- (2) Barbosa, F. S. A Model of Health Care Delivery Process at Peripheral Level with Emphasis on Family Health. Presented to Kellogg Foundation, 1975 (mimeo).
- (3) Barbosa, F. S., A.C.H. Lavor e F. Guanciale. Programa Integrado de Saúde Comunitária. Anais da XII Reunião Anual da Associação Brasileira de Escolas Médicas. São Paulo, pp. 309-322, 1974.
- (4) Barbosa, F. S., e J.F.N.P. Santana. Regionalização Docente-Assistencial. O Projeto Planaltina. Apresentação à VI Conferência Panamericana de Educação Médica e ao XIV Congresso Brasileiro de Educação Médica, Rio de Janeiro, 17-19 de novembro de 1976 (mimeo).
- (5) Holgin, J. A. (editor). Atención de la salud en áreas rurales. FEPAFEM. Bogotá, 1975.
- (6) Newell, K. *A Saúde do Mundo*. Genebra, setembro de 1974.
- (7) Newell, K. (editor). *La salud por el pueblo*. OMS, Genebra, 1975.
- (8) OPAS. Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. *Doc. Oficial* No. 89, 1969.
- (9) OPAS. Buena salud, un derecho, no un privilegio. *Gaceta* 4:8-14, 1972.
- (10) OPAS. Plan Decenal de Salud para las Américas. Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (1972). *Doc. Oficial* No. 118, 1973.

- (11) OPAS. Servicios comunitarios de salud y población. *Bol Of Sanit. Panamer* 76: 1-15, 1974.
- (12) II Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-1979). Public. Presidência da República, 1974.
- (13) Santana, R.N.M. Área de Influência de Brasília. Publ. Convênio Universidade de Brasília/Governo do Distrito Federal, 1974.
- (14) Sistema Nacional de Saúde (Lei 6229 de 17.07.75). *Diário Oficial*, ano CXIII, No. 135, 1975.
- (15) Sonis, A. Educación en ciencias de la salud y atención médica: análisis de su interrelación. *Educ Med Salud* 10:233-252, 1976.
- (16) OMS. What's in a name (e outros artigos). *World Health*, junho de 1972.
- (17) OMS. Consejo Ejecutivo de la OMS, 51ª Reunión. *Actas Oficiales* 206, 1973.
- (18) OMS. Auto-ajuda com um pouco de ajuda. *A Saúde do Mundo*, abril de 1975.

ATENCION DE LA SALUD Y EDUCACION MEDICA: UNA EXPERIENCIA Y UNA PROPUESTA (*Resumen*)

Después de referirse a la regionalización de los servicios de salud y la integración docente-asistencial, los autores, que forman parte del personal del Programa Integrado de Salud Comunitaria que se ejecuta en Planaltina, Distrito Federal, Brasil, dan cuenta de su experiencia y formulan una propuesta.

El personal administrativo interinstitucional del Programa pertenece a las siguientes instituciones: el Hospital Regional, el Centro de Desarrollo Social, el FUNRURAL (una agencia destinada a la atención de la población rural), y la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Brasília.

La atención de la salud se presta a través de un sistema regionalizado, limitado por el momento al área periférica del Distrito Federal. La atención primaria se ofrece por medio de auxiliares de salud. Tres puestos rurales de salud funcionan con médicos residentes del Programa de Salud Comunitaria. La base del sistema está en el Hospital-Centro de Salud, que cuenta con 40 camas.

En vista de los resultados positivos que el proyecto está logrando, el Programa Integrado de Salud Comunitaria presenta una propuesta a fin de extender la regionalización docente-asistencial a una región mayor del Distrito Federal, como se muestra en la figura 1. La parte sombreada del Distrito Federal representa el área operativa del proyecto. El segundo nivel de atención se encuentra en el Hospital de Sobradinho (200 camas), que ya es operado por la Universidad de Brasília. En base de todo el sistema deberá estar un hospital especializado. Deben definirse diferentes niveles de atención.

Cuando el sistema de salud propuesto comience a funcionar, la Facultad de Ciencias de la Salud deberá estar lista para poner en efecto un nuevo currículo basado en los niveles de atención de la salud.

HEALTH CARE AND MEDICAL EDUCATION: AN EXPERIENCE AND A PROPOSAL (*Summary*)

After a general discussion on regionalization of health care and integration of medical practice and instruction, the authors—who are employed with the Integrated Program of Community Health operating in Planaltina, Federal District, Brazil—present the results of their experience and a proposal.

The interinstitutional administrative staff of the Program represents four different agencies: the Regional Hospital, the Center for Social Development, FUNRURAL (an agency for health care of rural populations), and the School of Health Sciences of the University of Brasília.

Health care is delivered throughout a regionalized system, which at the moment is limited to the outskirts of the Federal District. Primary care is provided by health auxiliaries. Three rural health centers are staffed by physicians who are residents in the Program of Community Health. At the base of the system there is a Hospital-Health Center with a 40-bed capacity.

In view of the positive results which the project has already obtained, the Integrated Program of Community Health presents a proposal for the extension of the regionalized health services to a larger area of the Federal District, as shown in figure 1. The shaded part of the figure represents the present operational area of the project. The second level of health care is the Sobradinho Hospital (200 beds), already being operated by the University of Brasília. At the base of the whole system there should be a large specialized hospital. Several levels of health care should then be proposed.

After the proposed health system is completed, the School of Health Sciences should be ready to implement a new medical curriculum based on levels of health care.

LES SOINS MÉDICAUX ET L'ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE: UNE EXPÉRIENCE ET UNE PROPOSITION (*Résumé*)

Après s'être référés à la régionalisation des services de santé et à l'intégration de l'enseignement et des soins, les auteurs qui font partie du personnel du Programme intégré de santé communautaire réalisé à Planaltina, District fédéral, Brésil, décrivent leur expérience et formulent une proposition.

Le personnel administratif interinstitutions du Programme relève des institutions suivantes: l'hôpital régional, le Centre de développement social, le FUNRURAL (organisme de soins de la population rurale) et la Faculté des sciences de la santé.

Les soins médicaux sont fournis par le jeu d'un système régionalisé qui se limite actuellement à la zone périphérique du district fédéral. Les soins primaires sont dispensés par des auxiliaires de santé. Trois postes ruraux de

santé comptent sur les services de médecins résidents du Programme de santé communautaire. La base du système se trouve à l'hôpital-centre de santé qui dispose de 40 lits.

Compte tenu des résultats positifs obtenus par le projet, le Programme intégré de santé communautaire soumet une proposition afin d'étendre la régionalisation de l'enseignement et des soins à une région plus grande que celle du district fédéral comme l'indique la figure 1. La partie sombre du district représente la zone opérationnelle du projet. Les deuxième niveau de soin se trouve à l'hôpital de Sobradinho (200 lits) qui est exploité par l'Université de Brasilia. A la base du système tout entier devra exister un hôpital spécialisé. Enfin, il faudra définir les différents niveaux de soin.

Dès que le système de santé commence à fonctionner, la faculté des sciences de la santé devra être prête à mettre en oeuvre un nouveau programme d'études fondé sur les niveaux de soins médicaux.

La investigación en salud maternoinfantil y reproducción humana

DR. VICTOR PENCHASZADEH¹ Y DR. MIGUEL MARQUEZ²

IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION EN SALUD MATERNOINFANTIL

Nadie discute la importancia de la investigación como generadora de conocimientos sobre la realidad y como factor que posibilita la realización de acciones tendientes a modificarla de acuerdo con las necesidades concretas del hombre.

En el campo específico de la salud, y en el contexto de la América Latina, la investigación adquiere particular relevancia por todos los procesos que se ponen en juego durante su desarrollo. Esto se comprende claramente si se tienen en cuenta las características particulares de la práctica médica y la educación médica en esa región. Por ejemplo, el estudio sobre la enseñanza de gineco-obstetricia y de pediatría realizado en Ecuador,³ puso en evidencia una serie de características que, por su similitud con las demostradas en otros países, pueden ser generalizables a un gran número de escuelas de medicina de América Latina: enseñanza centrada en lo reparador en desmedro de lo preventivo; criterio acentuadamente biológico en el que el individuo es considerado fuera de su contexto histórico-social y económico; docencia concentrada en grandes hospitales con limitación de la educación en centros periféricos de la comunidad, y ausencia de investigación sobre problemas de salud en la población.

¹Consultor de la OPS/OMS.

²Funcionario de la División de Recursos Humanos e Investigación, OPS/OMS.

³Véase *Integración de la enseñanza en salud maternoinfantil y reproducción humana en las escuelas de ciencias de la salud*. Serie Enseñanza en Salud Maternoinfantil, No. 1, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1976, págs. 49-84.

CARACTERÍSTICAS DE LAS INVESTIGACIONES

Si bien potencialmente el desarrollo de la investigación médica biopsicosocial es capaz de generar cambios a nivel de la educación médica y los servicios, es necesario calificar esta afirmación, para que sea valedera, en los términos que se explican a continuación.

Las investigaciones en el campo de la salud en la América Latina han presentado, en general, una serie de características que difícilmente posibilitan una práctica transformadora de la realidad. En primer lugar, la investigación tradicionalmente ha sido menospreciada por los niveles de decisión de los servicios y de la educación médica, lo cual se ha traducido en poco estímulo, escasa asignación de recursos económicos y logísticos, dificultades administrativas para su realización, etc. Esto lógicamente no ocurre como fenómeno casual sino que está determinado por la infraestructura social de los países y las prácticas médicas que estas generan. En segundo lugar, la mayoría de las investigaciones en el campo de la salud han estado dominadas por criterios predominantemente biológicos, en desmedro de enfoques integradores, "tridimensionales", de los problemas de salud-enfermedad. Esta limitación del conocimiento a uno solo de los niveles de análisis del hombre necesariamente conlleva una deformación de la realidad, puesto que el estudio de la enfermedad no puede concebirse fuera de la consideración general de la esencia del hombre como unidad indivisible biopsicosocial.

La predominancia de lo exclusivamente biológico en las investigaciones médicas tampoco es un fenómeno de ocurrencia casual, sino que refleja la influencia de las corrientes que han predominado en los grandes centros médicos de los países desarrollados. De ahí también que los temas objeto de investigación no han reflejado generalmente las necesidades locales de obtención de conocimientos sino, más bien, los intereses extraños. Sin embargo, en años recientes se observa en diversos países latinoamericanos un incremento de investigaciones en el campo de la salud, en las cuales se intentan enfoques integradores, biopsicosociales, para el estudio de los fenómenos de salud-enfermedad. Esta tendencia positiva de irrupción de "lo social" en el estudio de la prevalencia y distribución de las enfermedades, adolece, sin embargo, de ciertas deficiencias metodológicas, las cuales habrán de ser superadas si efectivamente se tiene como objetivo explicar científicamente la salud y la enfermedad como fenómenos emergentes de la actividad vital del hombre en marcos históricos y de las relaciones socioeconómicas particulares.

En efecto, la mayoría de los estudios que intentan incorporar la realidad social en el marco explicativo de la génesis de la enfermedad, solo logran incorporar en las investigaciones epidemiológicas ciertas variables socioeconómicas, psicosociales o antropológicas a las consideradas como factores condicionantes externos al individuo.

Los grupos de población que se incluyen en las investigaciones por lo general son creados a partir de agregados de estos factores con el objeto de identificar grupos con diferente riesgo de enfermar, sin tener en cuenta las condiciones materiales de existencia, con la consiguiente falta de correspondencia con la realidad.

Al no tener como eje de análisis la historicidad de las relaciones de producción y las relaciones entre el hombre y la naturaleza en el contexto de la totalidad social concreta, estos enfoques llevan generalmente a conclusiones simplistas y ahistóricas con respecto a las causas de las enfermedades. Más aún, como no logran captar el fenómeno estudiado en un contexto integral, no proporcionan elementos útiles para la eliminación de las causas generadoras de enfermedad.

PROPUESTAS TEMATICAS Y METODOLOGICAS

Las consideraciones expuestas nos llevan a formular algunos criterios para impulsar y estimular la realización de investigaciones en el campo de la salud materno infantil, de acuerdo con los criterios que se exponen a continuación.

Temas prioritarios

Las investigaciones a realizarse deberían tener como objeto de estudio aquellos aspectos prioritarios que existan en cada país en el área de salud materno infantil. La definición de esos aspectos surge, en primer lugar, del conocimiento de los fenómenos biológicos, psicológicos, sociales y culturales, cuya interacción continua e integral determina las características de los procesos de reproducción, crecimiento y desarrollo humano, o sea, el conocimiento de estos procesos en relación con la familia y la sociedad total y de los factores intrínsecos y extrínsecos que los determinan.

Otro factor a considerar es el conocimiento de los riesgos concomitantes de estos procesos, a lo largo de su desarrollo, en cada sociedad particular. Existe suficiente información en América

Latina referente a los principales riesgos de enfermar o morir que corre la población maternoinfantil como para deducir los problemas relevantes que requieren un mayor estudio analítico. Es cierto que la información disponible dista mucho de ser completa y que los datos estadísticos en base a indicadores clásicos de mortalidad y morbilidad solo pueden considerarse como aproximaciones descriptivas y no explicativas de una realidad mucho más compleja y dinámica; no obstante, es conveniente insistir en que en la mayoría de los países estos datos son suficientes para encarar el aspecto que estamos analizando, es decir, la determinación de áreas prioritarias de investigación.

Siguiendo estos pasos se asegurará una selección de temas de estudio relevantes para la comprensión de la realidad de salud particular de cada país y se evitará la introducción desde "afuera" de áreas de interés desconectadas de las necesidades locales.

Metodologías y modelos de análisis

Los objetivos generales para el análisis de cualquier problema de salud deben incluir intentos de explicación del fenómeno estudiado en sus aspectos biológico, psicológico y social, teniendo claro que el fin último de toda indagación de la realidad debe ser proveer los elementos para la modificación de esa realidad en un sentido favorable a la promoción y protección de la salud y a la prevención de las enfermedades.

Por lo tanto, es fundamental que los modelos de análisis empleados en el estudio sean idóneos para tales fines, es decir, que no pueden estar basados en esquemas unidimensionales que solo llevan a la parcelación y deformación de la realidad. El enfoque tridimensional, biopsicosocial, constituye una mayor aproximación a la realidad concreta de los fenómenos de salud. Sin embargo, el análisis de los diversos componentes de un fenómeno no basta para comprender y explicar la realidad total. Es preciso desarrollar modelos teóricos de análisis, de tal manera que el estudio de un fenómeno de salud-enfermedad en cualquiera de sus aspectos pueda incluir a los demás, y que contemple al individuo y a la sociedad en el proceso histórico particular en que se encuentran.

Como se desprende de estas consideraciones, la explicación de las causas de las enfermedades no podrá deducirse exclusivamente del estudio de los fenómenos biológicos aislados. Esto no implica en absoluto menospreciar la importancia del conocimiento de la

biología humana. Por el contrario, creemos que es necesario profundizar en el conocimiento de la realidad biológica de fenómenos tales como la pérdida reproductiva por abortos espontáneos y muertes fetales, cuya magnitud y causas son muy poco conocidas en los países de la América Latina; los defectos congénitos de naturaleza diversa, cuya importancia relativa va en aumento a medida que se controlan patologías comunes prevenibles; las características particulares que asumen el crecimiento somático y la maduración biológica en las diferentes regiones; las implicaciones biológicas de la desnutrición proteico-calórica; los procesos de retardo mental y las incapacidades sensoriales y motoras, etc.

El estudio del aspecto biológico de estos fenómenos debe trasponer el umbral de lo descriptivo y penetrar profundamente en la explicación causal. Es preciso, entonces, analizar los procesos en forma dinámica e integrada, discriminando las condiciones causales de las necesarias para su producción y estableciendo las formas concretas de interacción, considerando los fenómenos biológicos integrados con los psicológicos y sociales en términos históricos, y en relación con las formas particulares que asume la sociedad. Por ejemplo, no podrá lograrse la comprensión de los fenómenos relacionados con la lactancia materna en su totalidad sin considerar los aspectos específicamente biológicos (diferencias químicas, inmunológicas, etc., entre leche humana y leches no humanas y su importancia para la salud del niño), integrados con los factores psicológicos (relación madre-hijo, etc.), culturales (tradiciones, hábitos, etc.) y sociales (diferencias entre clases sociales, papel desempeñado por las compañías manufactureras de leches artificiales etc.), y las formas particulares de interacción entre todos estos factores.

Los estudios de los aspectos biológicos de los procesos de reproducción, crecimiento y desarrollo deben entonces adoptar nuevas concepciones metodológicas a fin de que realmente contribuyan a revelar su esencia y provean elementos para la modificación de la situación actual en las áreas de enseñanza y de servicios de salud.

Los proyectos de investigación en este campo deberían tender a introducir a los docentes universitarios en la problemática local de la salud e incorporar activamente a los estudiantes en la práctica de la indagación de la realidad. De esta manera se pueden plantear investigaciones concretas sobre diversos aspectos de los programas de las unidades de docencia en salud materno-infantil.

Tomando como referencia el programa curricular delineado en la

Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica en salud maternoinfantil,⁴ es posible plantear temas específicos de investigación con un enfoque tridimensional integrado, tal como se indica a continuación:

Introducción y organización de la salud pública

- a) Relación entre los conceptos de salud y enfermedad y su evolución histórica en el país. Las estructuras sociales determinantes y las formas de práctica médica. Investigación histórica y bibliográfica.
- b) Características sociales de la madre soltera y factores determinantes del problema. Estudios de campo con muestra de madres solteras y controles apropiados.
- c) El niño golpeado: relación con clase social, estructura familiar y condiciones de vida. Estudio de campo con muestra de niños golpeados y controles apropiados.
- d) Análisis de la relación médico-paciente en función de grupo social y diferencias culturales. Estudio de las actitudes médicas en el contexto de las prácticas médicas institucionales y privadas. Análisis de la comprensión de los fenómenos de salud por los usuarios y de su grado de satisfacción.

Genética humana

- a) Estudio de la repercusión del nacimiento de un niño con una enfermedad genética sobre la dinámica familiar. Ajustes a la situación en función del tipo de defecto, su modo de transmisión hereditaria y la extracción social.
- b) Relación entre estructura de la población y frecuencia y tipos de enfermedades genéticas.
- c) Investigación de la interacción de factores ambientales y hereditarios en la determinación de ciertas enfermedades genéticas (por ejemplo, hábitos dietéticos y diabetes).
- d) Determinación de la eficacia del consejo genético en la prevención primaria de las enfermedades hereditarias. Análisis de la interacción de las características psicosocioculturales de los individuos.

Desarrollo y crecimiento intrauterino

- a) Investigación del estado nutricional de la embarazada y el crecimiento intrauterino. Análisis de los factores determinantes de la nutrición materna y su interacción con el crecimiento fetal.
- b) Investigación de las interacciones entre cultura, clase social, estructura familiar y función reproductiva.

⁴*Ibid*, págs. 89-114.

Recién nacido

- a) Análisis de las prácticas de alimentación del recién nacido en las maternidades, los factores que las determinan y su papel en el éxito o fracaso de la lactancia natural.
- b) Investigación de los hábitos culturales autóctonos de la población en el cuidado del recién nacido, su relación con la historia social de esos grupos y su grado de eficiencia para asegurar un normal desarrollo del niño.

Parto

- a) Evolución histórica de las prácticas médicas del parto y su relación con las prácticas sociales y el conocimiento biológico.

Nutrición

- a) Evaluación del estado nutricional por clase social, y análisis de las diferencias en función de los aspectos sociales y económicos determinantes.
- b) Investigación de los hábitos alimentarios de la población en los diferentes estratos sociales. Explicación de sus causas biosocioculturales y sus efectos sobre el estado nutricional.
- c) Influencia de la estructura social y económica sobre la producción, distribución y comercialización de los alimentos.
- d) Determinación de la relación entre magnitud, tipo y duración de la desnutrición en diferentes etapas de la vida y el desarrollo mental.
- e) Investigación de los factores determinantes de la sustitución de la lactancia natural por la lactancia artificial en la comunidad.

Crecimiento y desarrollo extrauterino

- a) Investigación de la interacción entre clase social y crecimiento infantil somático.
- b) Determinación de las curvas de crecimiento somático en la población infantil por clase social.
- c) Investigación de las prácticas médicas concretas de control del crecimiento y desarrollo en la consulta pediátrica y el grado de cumplimiento de las normas apropiadas.

Involución genética

- a) Investigación sobre las formas de atención a la vejez que se practican en la comunidad y su interacción con la estructura social.

Patología del desarrollo y crecimiento intrauterino

- a) Investigación de posibles agentes teratogénicos en los recién nacidos con malformaciones congénitas. Análisis de las prácticas médicas y de la población con respecto a administración de medicamentos durante la gestación.
- b) Determinación de la frecuencia de abortos espontáneos en la población e investigación de su causalidad biopsicosocial.
- c) Identificación de factores de alto riesgo perinatal prevalentes en la población local y explicación de su ocurrencia.

Patología del recién nacido

- a) Investigación de los factores determinantes de la enfermedad de Chagas congénita en relación con las características biológicas del parásito, las condiciones biológicas y sociales de la madre y el tipo de infección materna.
- b) Investigación de los efectos de la ingestión de alcohol durante la gestación, sus motivaciones y sus efectos sobre el producto.

Los profesionales de la salud en América Latina enfrentan un desafío para investigar los problemas de salud-enfermedad prevalentes en la población con un enfoque y metodologías apropiadas a fin de contribuir a mejorar los niveles de atención médica y a la formación de recursos humanos capaces de enfrentar estos problemas con espíritu crítico y creador.

RESUMEN

Se destaca en el artículo la importancia de las investigaciones en el campo de la salud materno-infantil al proporcionar el conocimiento que hace posible la realización de acciones tendientes a modificar la realidad de acuerdo con las necesidades concretas de la población.

Revisan los autores las características que han tenido estas investigaciones en la América Latina y formulan algunos criterios para estimular la realización de estudios en salud materno-infantil, señalando los temas prioritarios, metodologías y modelos de análisis y temas específicos de investigación con un enfoque integral de la situación particular.

Por último, se pone de manifiesto que es imprescindible que las investigaciones tengan como objeto de estudio los problemas prioritarios que existan en cada país en el área materno-infantil y no introducir aspectos desconectados de la realidad local.

RESEARCH IN MATERNAL AND CHILD HEALTH AND HUMAN REPRODUCTION (*Summary*)

This article stresses the importance of research in the field of maternal and child health because it can provide knowledge on which to base activities designed to change conditions, as required by the specific needs of the population.

The authors review the characteristics of such research in Latin America and put forward a number of suggestions for promoting studies on maternal and child health, including priority areas, methodologies and analytical models, and specific research projects based on an overall approach to the situation concerned.

Finally, they emphasize that research must focus on the priority problems of each country in the area of maternal and child health.

A PESQUISA EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL E REPRODUÇÃO HUMANA (*Resumo*)

O artigo destaca a importância das pesquisas no campo da saúde materno-infantil, mediante as quais é adquirido o conhecimento que torna possível empreender ações tendentes a modificar a realidade de acordo com as necessidades concretas da população.

Os autores passam em revista as características de que se têm revestido essas pesquisas na América Latina, e formulam alguns critérios para estimular a realização de estudos em saúde materno-infantil, assinalando os temas prioritários, as metodologias e os modelos de análise e os assuntos específicos de pesquisa com um critério integral da situação particular.

Para finalizar, salientam ser imprescindível que as pesquisas tenham por objeto o estudo dos problemas prioritários existentes na área materno-infantil de cada país.

LES RECHERCHES SUR LA SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE AINSI QUE SUR LA REPRODUCTION HUMAINE (*Résumé*)

Le présent article souligne l'importance des recherches effectuées dans le domaine de la santé maternelle et infantile. Ces recherches permettent en effet l'exécution de mesures visant à modifier la réalité en fonction des besoins concrets de la population.

Les auteurs de l'article examinent les caractéristiques de ces recherches en Amérique latine et formulent des critères pour stimuler la réalisation d'études dans le domaine de la santé maternelle et infantile, indiquant les sujets prioritaires, les méthodologie et les modèles d'analyse ainsi que les sujets spécifiques de recherche dans l'optique de la situation particulière.

Enfin, les auteurs signalent que les recherches doivent inéluctablement avoir pour objet d'étude les problèmes prioritaires qui existent dans chaque pays en matière maternelle et infantile.

Atenção à infância em serviço comunitário ligado à universidade

DR. MARCO ANTONIO BARBIERI,¹ DR. JOSÉ ROMANO
SANTORO,² DR. FERNANDO CARLOS SOARES,¹ DR. ANTONIO A.
BARROS FILHO,³ DR. JÚLIO CESAR DANELUZZI¹ E
DR. RUBENS GARCIA RICCO⁴

INTRODUÇÃO

Durante vários anos, a proposição aceita pelas escolas de medicina baseava-se na visão docência-pesquisa, relegando o aspecto assistencial a mero subsídio daquela. Mais recentemente, a regionalização docente-assistencial vem gradativamente ganhando apoio das universidades em vários países da América-Latina (1).

No presente momento, torna-se necessária uma proposição mais ampla, que englobe uma atuação conjunta da tríade de atividades assistência-ensino-pesquisa, favorecendo o aparecimento de uma perspectiva de utilização mais adequada dos processos e conhecimentos científicos pela humanidade.

Carlos Cavalcanti (2) observa que as faculdades de medicina no Brasil não formam médicos sanitaristas, médicos autenticamente cultos em relação às necessidades de saúde do povo brasileiro. Formam excelentes clínicos e cirurgiões, brilhantes e capazes no conhecimento e prática de suas especialidades, que infelizmente não são sempre aquelas exigidas pela população vítima de doenças infecciosas prevalentes.

“A inautenticidade da nossa cultura médica ou do nosso ensino

¹Professor Assistente Doutor do Setor da Pediatria do Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP.

²Professor Adjunto do Setor de Pediatria do Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP, Responsável pelo Setor de Pediatria.

³Pós-graduado do Setor de Pediatria do Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP.

⁴Professor Assistente do Setor de Pediatria do Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP.

médico é assim manifesta, sem que se pretenda negar a capacidade dos nossos médicos, individualmente ou em classe. Os currículos das faculdades de medicina, como os currículos de nosso ensino em geral, são desse modo importados. Digamos: eruditos, não cultos. Servem às necessidades de saúde da elite, não às do povo." (2)

A saúde da população, e conseqüentemente a do indivíduo, não pode ser considerada isoladamente, alheia ao contexto sócio-econômico, como tem ocorrido. Para que sejam conhecidos os fatores que perturbam a saúde coletiva e individual, é preciso que o ensino médico não seja desenvolvido apenas nos laboratórios e enfermarias, mas que se desenvolva principalmente na comunidade, entendida aqui como a população em seu todo.

Por outro lado, esse tipo de ensino-aprendizado deve ser de forma dinâmica e objetiva, permitindo que a interação docente-aluno se faça a mais real, para que sejam discutidas em conjunto as atividades práticas desenvolvidas pelo grupo. Torna-se assim evidente a noção de uma análise global e estrutural da política da saúde e da formação médica, posto que devem ser o mais possível identificadas entre si. Conseqüentemente, as atitudes a serem tomadas junto à coletividade devem sempre ter a visão histórica e a perspectiva da necessidade de se conseguir uma participação ativa da comunidade no desenvolvimento do processo.

Em razão dessa noção de trabalho diretamente na comunidade, surge a possibilidade de atender à população, ensinar medicina fundamentalmente relacionada com a realidade nacional e, ao mesmo tempo, dispor de um grande campo de pesquisa, dentro de uma visão real e dinâmica. Isso por se entender que uma escola não deve isolar tal ou qual aspecto e dedicar-se exclusivamente a ele.

Baseado nisso, o grupo de pediatria social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP está desenvolvendo uma série de atividades extra-murais dentro dessa perspectiva mais ampla da saúde, englobando tanto atividades assistenciais como de pesquisa.

Neste trabalho, serão descritas as atividades do setor de pediatria do Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto no Centro Comunitário de Assistência Médica e Infantil de Pradópolis (CECAIP), na cidade de Pradópolis, São Paulo, Brasil.

CENTRO MÉDICO DE PRADÓPOLIS

Com a experiência adquirida no ambulatório de pediatria da Usina Açucareira São Martinho, a partir de 1967, e no Centro Médico-Social Comunitário de Vila Lobato, em Ribeirão Preto, desde 1969 (3,4), o Setor de Pediatria iniciou trabalho de assistência à infância no município de Pradópolis em fins de 1971. Inicialmente, foi organizado um serviço de atendimento médico ambulatorial para crianças doentes, anexo ao centro de saúde local, da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Até então, em virtude do atendimento médico precário do centro de saúde, grande parte dos doentes era tratada por leigos, com medicamentos manipulados ou com remédios caseiros, e, na ocorrência de complicações, por médicos das cidades vizinhas, sendo muito freqüentes as hospitalizações.

Decorridos os dois primeiros anos de atividade, o serviço foi reorganizado no começo de 1973, sendo considerada prioritária a faixa etária de 0-2 anos, em nível de puericultura. A demanda do centro, entretanto, sugeriu ampliação dos serviços. Num sistema de rodízio, os residentes e docentes passaram a atender cada um duas tardes por semana, em prédio próprio, diariamente, permanecendo os residentes no posto também no período noturno, em plantões permanentes, de segunda a sexta-feira e, algum tempo depois, também aos sábados e domingos. A montagem do arquivo médico-social e a instituição da visita domiciliar por médico, enfermeira, assistente social e estudantes de medicina e enfermagem vieram completar a organização do centro. Das atividades educativas, destaca-se a formação de grupos de gestantes e de jovens e a atuação no parque infantil e no serviço de merenda escolar.

Finalmente, a unificação dos serviços de saúde infantil e de adultos, com a criação do Centro Comunitário de Assistência Médico-Infantil de Pradópolis (CECAMIP), contribuiu para consolidar a posição do Setor de Pediatria no sistema de saúde daquela cidade.

ÁREA DE SERVIÇO

O município de Pradópolis está situado ao nordeste do estado de São Paulo, Brasil. Faz limites com os municípios de Ribeirão Preto, Jaboticabal, Barrinha, Dumont, Guariba e Araraquara. Tem área de 162 km², correspondendo à superfície ocupada. A cidade de Pradópolis tem posição central na área do município e dista cerca de

40 quilômetros de Ribeirão Preto, através de rodovia de boa qualidade, parcialmente pavimentada.

De acordo com o Serviço de Cadastro da Prefeitura Municipal há 724 prédios na zona urbana do município e 366 na zona rural. Todas as residências da zona urbana possuem rede de esgoto e de água, sendo esta extraída de poço artesiano, clorada e fluoretada; 98% das vias públicas são asfaltadas. A cidade mantém ligação com os municípios vizinhos através de rodovias.

A população do município, pelo recenseamento de 1970, era de 5.200 habitantes, dos quais 3.250 residiam no perímetro urbano e 2.950 na área rural. Em 1972 (5), o Setor de Pediatria efetuou levantamento populacional, verificando que 75.5% da população residiam na área havia pelo menos três anos. Entretanto, em virtude de a atividade econômica do município estar baseada na cultura da cana-de-açúcar e em sua industrialização através da Usina São Martinho, a população aumenta transitoriamente na época da colheita, pela chegada ao município de migrantes de outras áreas do país.

A cidade possui escola de primeiro e segundo graus, com 1.638 alunos, Parque Infantil Municipal para crianças até seis anos de idade, com 190 alunos, e Parque Infantil da Usina São Martinho, com 50 alunos.

Não possui hospital, utilizando principalmente os existentes em Ribeirão Preto, Jaboticabal e Sertãozinho.

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS DA POPULAÇÃO

As características sócio-econômicas da população foram avaliadas através de levantamento feito em prontuários de 161 crianças menores de dois anos matriculadas no CECAMIP no período compreendido entre abril de 1975 a março de 1976. Como havia certa homogeneidade populacional urbana e rural, considerou-se que as informações constantes nas fichas do serviço eram representativas da população. Desta, 80,12% residem na cidade e 19,88% na área rural. A população é constituída de 80% de brancos. Não há pessoas de origem amarela. O número de pessoas por família é de 5,15, sendo a renda *per capita* anual de US\$307,20.

Os Institutos de Previdência do Governo federal (INPS e FUNRURAL) atingem 83,86% de população.

Aproximadamente 76% das mães têm idade inferior a 30 anos e 84,47% são de cor branca. A situação conjugal é bastante estável;

95,04% das mães são casadas . Há 1,24% de mães solteiras, 1,24% de desquitadas e 2,48% de amigadas. O uso de anticoncepcional hormonal atinge a 22,37% das mães.

O mercado de trabalho garante atividade remunerada a todos, não havendo desemprego.

A mortalidade infantil é de difícil avaliação, pois a quase totalidade dos nascimentos é hospitalar, verificando-se fora do município, e boa parte dos registros é feita nos locais de nascimento das crianças.

A população residente na área da Usina São Martinho não foi incluída na apresentação destes dados, pois os dirigentes e funcionários qualificados procuram atendimento médico privado em outros locais, e o restante da população da usina é atendido no ambulatório pediátrico ali existente.

ROTINA DO SERVIÇO

O CECAMIP possui sede própria construída pela Prefeitura de Pradópolis. Em uma das alas do prédio há instalações adequadas para arquivo, consultórios, salas para pesagem, imunizações, pós-consulta, esterilização, pequenas cirurgias e reuniões. Em outra ala, além da residência dos médicos, há sala de reuniões para mães, gestantes, adolescentes, demonstração de arte culinária, instalações para almoxarifado e laboratório.

O atendimento de pediatria é feito em tempo integral por três médicos residentes (dois de primeiro ano e um de segundo) do Setor de Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, que permanecem na área em escala de rodízio, durante aproximadamente um mês. Além dos médicos, o serviço dispõe de uma enfermeira de saúde pública, uma assistente social, uma funcionária responsável pelo arquivo, dois atendentes, um motorista de ambulância, quatro faxineiras, uma cozinheira e um funcionário responsável pela esterilização.

Voluntários da área, especialmente treinados, participam da visitação domiciliar e das atividades internas do centro.

O atendimento de adultos é feito por médico contratado pela Prefeitura, no período da tarde. Pela manhã, o atendimento dos adultos é feito no Centro de Saúde do Município, mantido pela Secretaria da Saúde de São Paulo.

A responsabilidade administrativa do CECAMIP pertence à Prefeitura, mas a direção técnica está entregue a um docente do Setor de Pediatria.

Além do pessoal acima descrito, durante oito meses por ano, o serviço conta com a participação de alunos do quarto ano médico em estágio no Setor de Pediatria (puericultura) e durante quatro meses do segundo semestre, alunos do quarto ano de enfermagem (saúde pública).

A visita domiciliar a recém-nascidos é feita pela enfermeira de saúde pública, acompanhada por aluno de medicina ou por voluntária. Após exame do recém-nascido, a mãe é orientada quanto aos cuidados gerais que devem ser dispensados à criança e convidada a comparecer ao CECAMIP para registrar a criança.

O primeiro atendimento é denominado de "caso novo". A criança é registrada no serviço, abrindo-se prontuário em seu nome, com fichas apropriadas.

Matriculada no início do primeiro ano de vida, a criança passará a ser atendida uma vez por mês no primeiro semestre, uma vez cada dois meses no segundo semestre, uma vez cada três meses no segundo ano e uma vez cada seis meses no terceiro ano de vida. Esses retornos marcados pala rotina do serviço são denominados de "retornos rotina". O retorno, quando a criança vai à consulta fora das datas marcadas, denomina-se "fora de dia", e quando volta em retorno solicitado pelo médico, denomina-se "retorno médico". A prioridade do atendimento é para crianças menores de três anos de idade; por isso, embora a rotina esteja organizada dessa forma, o atendimento médico é feito paa todas as crianças (até o limite de 12 anos) que procurem o serviço.

Quando o paciente falta ao retorno, a enfermeira ou uma voluntária faz uma visita domiciliar para saber a causa da falta, orientar sobre a importância do seguimento e marcar novo retorno.

Para vacinação as crianças estão sendo encaminhadas ao Centro de Saúde do Estado, o mesmo ocorrendo para a realização de alguns exames laboratoriais.

À noite e aos sábados, domingos e feriados, o serviço funciona em regime de plantão.

Além do atendimento médico, são desenvolvidos cursos para gestantes, mães, adolescentes e professores, e periodicamente é feito levantamento de saúde dos estudantes do Parque Infantil, do grupo escolar e do ginásio local.

O ensino, tanto para os alunos de medicina e enfermagem quanto para médicos residentes de pediatria, é desenvolvido envolvendo-os no programa de rotina e discutido conjuntamente no grupo.

PROGRAMA

Baseado nos níveis de prevenção preconizados por Leavell e Clark (6), o setor de Pediatria visa cumprir o seguinte programa:

- 1) Orientação de saúde às mães, gestantes, professores e alunos de 1º e 2º graus;
- 2) Orientação em puericultura;
- 3) Incentivo às imunizações;
- 4) Orientação do programa de merenda escolar;
- 5) Diagnóstico precoce das doenças;
- 6) Encaminhamento ao hospital de pacientes que necessitem internação ou tratamento especial.

Com a programação de assistência médica comunitária, o Setor de Pediatria realiza treinamento de médicos residentes de pediatria, ensino a estudantes de graduação e pós-graduação e pesquisas em nível de comunidade, principalmente epidemiológicas e operacionais, com boas condições de controle.

COMENTÁRIOS

Apesar de o trabalho de medicina preventiva e curativa estar sendo desenvolvido na pequena cidade de Pradópolis, não se trata realmente de trabalho de medicina comunitária, porque a participação da população tem sido passiva. A orientação do serviço está ainda em nível de docentes de pediatria e da Prefeitura do município. O comportamento em relação ao público é paternalista e técnico, mantendo a população à distância. Pretende-se, com os grupos de gestantes, de mães e de jovens, atrair a população a uma posição de maior liberdade e relacionamento com o programa. Os docentes do Setor de Pediatria, responsáveis pela organização do serviço, estão conscientes das limitações do projeto. Por esse motivo, a atuação sofre periodicamente alterações, objetivando-se alcançar o nível desejado de medicina comunitária com a participação mútua entre a população e o serviço.

É conveniente ressaltar que os responsáveis pelo serviço não objetivam estabelecer modelos, ficando portanto, a reprodutibilidade prejudicada pelo fato de participarem do programa de residentes de pediatria alunos de graduação e pós-graduação mantidos por verbas especiais. Por outro lado, consideram que a saúde e a doença não devem ser enfocadas isoladamente do contexto social, cultural e econô-

mico da área. O enfoque médico é importante, porém de menor alcance. A desnutrição, por exemplo, não será abolida com ótimos serviços de atenção aos desnutridos, mas sim com a extinção do problema da fome.

RESUMO

Após discutir alguns pontos de política de saúde e a atuação da escola médica em função do ensino, assistência e pesquisa, os autores apresentam um relato breve da evolução do ensino de pediatria na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e, em particular, do programa de assistência médica em execução na cidade de Pradópolis, Estado de São Paulo.

São apresentados aspectos da situação geopolítica e sócio-econômica da localidade e de sua população, pois, em função desses parâmetros, pretende-se desenvolver o programa, isto é, as metas prioritárias, o trabalho a ser executado, suas rotinas e a sua utilização na formação do pessoal médico em nível de graduação, residência e pós-graduação e paramédico.

Depois de comentar as dificuldades e limitações do programa, em virtude da participação passiva da população e do paternalismo dos encarregados da promoção da saúde, os autores consideram que os programas de saúde não devem ser desenvolvidos por imposição e em desacordo com os parâmetros social, econômico e cultural da área. Reconhecem que os problemas de saúde são função daqueles parâmetros e que a escola médica deve basear sua ação na análise global do contexto histórico, social, político e econômico da nação.

REFERÊNCIAS

- (1) Chaves, M. M. Regionalização Docente-Assistencial e Níveis de Assistência. Trabalho apresentado em 26/08/75 no Seminário sobre Hospitais de Ensino, Rio de Janeiro.
- (2) Cavalcanti, C. Como Entender a Pintura Moderna, Ed. Civilização Brasileira, Rio, 1966.
- (3) Barbieri, M. A., L. M. Silva, J. R. Woiski, J. R. Teruel, J. C. Daneluzzi e O. Weber. Avaliação Preliminar de um Programa Comunitário de Assistência à Infância. *Rev. Saude Pública, S.P.* 5:67, 1971.
- (4) Barbieri, M. A., J. C. Daneluzzi, M. R. Ambrosio, R. G. Ricco, A. A. Barros Filho, U. A. Gomes, J. R. Teruel e B. C. Salles. Avaliação de um programa comunitário de assistência à infância. *Medicina. Rev. CARE e HC da FMRP-USP.* 7:39, 1974.

- (5) Daneluzzi, J. C., e M.L.D.J. Belluca. Levantamento Sócio-Econômico-Sanitário da Cidade de Pradópolis em 1972 (Mimeografado). Setor de Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP.
- (6) Leavell, H., e E. G. Clark. *Medicina Preventiva*. Ed. McGraw-Hill do Brasil, 1976.

ATENCION INFANTIL EN UN SERVICIO COMUNITARIO LIGADO A LA UNIVERSIDAD (*Resumen*)

Después de discutir algunos puntos de política de salud y de la actuación de las escuelas de medicina en función de la enseñanza, asistencia e investigación, los autores presentan un resumen de la evolución de la enseñanza de la pediatría en la Facultad de Medicina de Ribeirão Prêto y en especial del programa de asistencia médica en ejecución en la ciudad de Pradópolis, Estado de São Paulo.

Se presentan aspectos de la situación geopolítica y socioeconómica del lugar y de su población en la que, en función de esos parámetros, se pretende desarrollar el programa, esto es, las metas prioritarias, el trabajo a ser realizado, sus rutinas y su utilización en la formación de personal médica a nivel de graduados, de residencia después de la graduación y del personal paramédico.

Después de referirse a las dificultades y limitaciones del programa, a causa de la participación pasiva de la población y del paternalismo de los encargados de la promoción de la salud, los autores señalan que los programas de salud no deben desarrollarse por imposición y en desacuerdo con los parámetros sociales, económicos y culturales del área. Reconocen que los problemas de salud son función de aquellos parámetros y que la escuela de medicina debe basar su acción en el análisis global del contexto histórico, social, político y económico del país.

CHILD CARE IN A UNIVERSITY-RELATED COMMUNITY SERVICE (*Summary*)

After discussing some aspects of health policy and the role of medical schools in teaching medical care and research, the authors give a brief account of the development of the teaching of pediatrics in the Faculty of Medicine of Ribeirão Prêto, and in particular of the medical care program being carried out in Pradópolis, State of São Paulo.

Next they describe certain aspects of the geopolitical and socioeconomic situation of Pradópolis and of its population and, against that background, the program underway i.e., the priority goals, the work to be undertaken, routine activities and the use made of the program for the residency training of graduate physicians and/or paramedical personnel.

After mentioning the difficulties and limitations of the program which are due to the passive participation of the population and the paternalism of health promoters, the authors point out that health programs must not be imposed and must be in line with the socio-economic and cultural conditions in the area concerned. They recognize that health problems are attributable to those conditions and that medical schools must base their activities on an overall examination of the historical, social, political and economic context of the country.

SOINS INFANTILES DANS UN SERVICE COMUNAUTAIRE LIÉ À L'UNIVERSITÉ (Résumé)

Après avoir analysé quelques points de politique de santé et examiné le rôle joué par les écoles de médecine dans le domaine de l'enseignement, des soins et des recherches, les auteurs font un résumé de l'évolution de l'enseignement de la pédiatrie à la faculté de médecine de Ribeirão Preto et, en particulier, du programme de soins médicaux en cours à Pradópolis, Etat de São Paulo.

Ils décrivent des aspects de la situation géopolitique et socio-économique de la ville et de sa population où, en fonction de ces paramètres, on cherche à formuler le programme, c'est-à-dire les buts prioritaires, le travail à réaliser, ses routines et son utilisation dans la formulation de personnel médical au niveau des diplômés, des résidents après l'obtention du diplôme et du personnel paramédical.

Après s'être référés aux difficultés et aux limitations du programme causées par la participation passive de la population et par le paternalisme des personnes chargées de promouvoir la santé, les auteurs font remarquer que les programmes de santé ne doivent pas être imposés et contredire les paramètres sociaux, économiques et culturels de la région. Ils admettent que les problèmes de santé sont fonction de ces paramètres et que l'école de médecine doit fonder son action sur l'analyse globale du contexte historique, social, politique et économique du pays.

IX Conferencia de Escuelas de Salud Pública de América Latina

INFORME FINAL

La IX Conferencia de Escuelas de Salud Pública de América Latina tuvo lugar en Río de Janeiro, Brasil, del 7 al 12 de noviembre de 1976. Fue auspiciada por el Ministerio de Salud del Brasil, la Fundación Oswaldo Cruz, la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública y la OPS/OMS.

Participaron en ella representantes y observadores de las Escuelas de Argentina, Brasil, Colombia, Chile, México, Puerto Rico y Venezuela, y funcionarios de la OPS/OMS.

El tema general de la Conferencia fue: "La atención de la salud en el nivel primario". Se presentaron documentos de trabajo sobre los puntos siguientes: 1) aspectos conceptuales de la atención primaria, 2) estrategias para la extensión de servicios de salud en América Latina, 3) recursos humanos para el nivel primario—integración docente-asistencial, 4) participación de la población en la atención de la salud en el nivel primario y 5) funciones de las escuelas de salud pública en el desarrollo del nivel primario de atención de la salud.

Los participantes, después de estudiar la situación actual de la atención de la salud en la América Latina, destacaron que, en términos generales, se observa:

- Que existe un crecido volumen de población marginada, en mayor o menor grado, de los beneficios que la medicina moderna—así como otros servicios del campo del bienestar—brindan a los demás sectores de la sociedad.
- Que estos otros sectores tampoco reciben, en general, un servicio racionalmente encuadrado en los postulados de una atención humanizada y de una complejidad graduada por la diversa gama de necesidades a satisfacer.
- Que este fenómeno se halla condicionado, entre otros factores, por los intereses de ciertos grupos disociados del interés general, así

como por las presiones de un aparato productivo que busca lucrar con la complejidad tecnológica, sea ella o no necesaria o aun inconveniente.

- Que no existe en forma extendida un primer nivel de atención de la salud organizado, que satisfaga las necesidades más corrientes de salud de las comunidades y se integre cabalmente a las mismas, y que frene al mismo tiempo, en ciertos ámbitos, las demandas superfluas y frecuentemente agresivas que nacen de la organización inadecuada de los servicios o de su complejidad sobredimensionada.

- Que tampoco existen—salvo en experiencias aisladas—niveles aceptables de participación de los propios interesados en la determinación de sus necesidades y en las actividades para tratar de satisfacerlas.

- Que es también notoria la falta de una interrelación apropiada entre la cantidad y características cualitativas del recurso humano formado para este campo y los requerimientos emergentes de las necesidades a satisfacer.

- Que todo ello se resume en un sistema de atención de la salud de escasa efectividad e insuficiente cobertura real, a pesar de sus costos crecientes que absorben porciones cada vez mayores de los ingresos nacionales.

ASPECTOS CONCEPTUALES DE LA ATENCION PRIMARIA

Después de analizar esta situación y sus posibilidades de transformación, los participantes llegaron a las siguientes conclusiones:

1. Es indispensable organizar un primer nivel de atención que integre acciones preventivas y curativas de baja complejidad tecnológica, adecuadas a los problemas de cada comunidad.

2. Las funciones a cumplir por este primer nivel deberán ser definidas en cada caso por las necesidades vigentes, así como por la posibilidad tecnológica de resolverlas y la disponibilidad de recursos útiles para este fin.

3. Este primer nivel de atención de la salud, aunque se caracterice por utilizar una tecnología médico-sanitaria simple, es, en sí, muy complejo por la intrincada causalidad social que generan sus problemas y la consiguiente variedad de acciones directas e indirectas necesarias para resolverlos.

4. Esto último hace indispensable que la programación de este nivel primario de atención de la salud integre sus objetivos con los de una

política social amplia, donde se prevean las respuestas a los determinantes de la aludida causalidad social de los problemas.

5. Asimismo, debe considerarse requisito fundamental de la organización de un nivel primario de atención su integración dentro de un sistema escalonado de servicios de salud, con unidad de conducción, que sirva de apoyo a su labor, así como de adecuada referencia para los problemas que rebasen la capacidad resolutive del primer nivel.

6. Es necesario tener en cuenta que el desarrollo del nivel primario no debe surgir como "remiendo" precario a los vicios del sistema de atención vigente, sino como dinamizador de su reforma, por la necesidad de modificaciones que provocarán las nuevas demandas emergentes.

7. Las necesidades que tendrá que satisfacer el nivel primario de atención abarcan aquellos problemas susceptibles de ser prevenidos primariamente por actividades directas sobre las personas o indirectas sobre el ambiente, así como la atención recuperadora y rehabilitadora de padecimientos que pueden ser atendidos con recursos sencillos porque no requieren mayor auxilio diagnóstico y terapéutico ni la exclusión del paciente de su medio habitual.

8. Dentro de las prioridades de acción, aparecen como generalizables para la Región las actividades preventivo-curativas de los programas de atención materno-infantil, la atención de patologías infecciosas, variables según regiones, las urgencias médico-quirúrgicas más frecuentes, el saneamiento del ambiente y la educación para la salud.

9. El ritmo de desarrollo de los demás niveles del sistema de atención de la salud debe acompasarse al de las nuevas demandas que la expansión del nivel primario habrá de provocar.

10. La determinación de las necesidades prioritarias a satisfacer implica un proceso en el que convergen la opinión comunitaria, la de los niveles políticos y la que surge de los estudios técnicos. Esta última parte de la investigación epidemiológica, la cual debe ser concomitante al desarrollo de la atención de nivel primario y no un factor de demora en su ejecución. Asimismo, tales investigaciones presuponen una búsqueda de las necesidades prevalentes y no un mero registro de demandas espontáneas.

11. En todas y cada una de las actividades que se programen, resulta necesario fijar el nivel de calidad que se espera alcanzar, mediante el cumplimiento de normas precisas avaladas por el conocimiento científico y el de la realidad local. Para ello es necesario superar la

frecuente confusión que existe entre la calidad del servicio y su complejidad tecnológica.

12. También es importante que los indicadores habitualmente utilizados para la programación y la evaluación de las actividades de salud sean complementados, principalmente en este nivel primario de atención, con algunos indicadores que revelen otros resultados del servicio, tales como el grado de satisfacción experimentado por los usuarios del mismo.

13. Se destaca el papel que debe desempeñar un sistema de información sencillo y adecuado en la organización de un nivel primario de atención, tanto para el conocimiento de las necesidades prevalentes y las características del funcionamiento de los recursos como para una eficiente relación con los otros niveles del sistema.

RECURSOS HUMANOS

14. Se considera que las actividades propias del nivel primario de atención son responsabilidad de un equipo humano (profesionales, técnicos y auxiliares), variando extensamente su gama y número de acuerdo con las características de los programas que se ejecuten, el tipo de área donde serán desarrollados, y las disponibilidades de recursos humanos existentes.

15. En general, se considera que no es aconsejable la creación de nuevos tipos de personal, sino más bien una redefinición de papeles y funciones que se adapten a los requisitos de este nivel. En términos generales, conviene propiciar un cierto grado de polivalencia en cada agente.

16. Es recomendable reclutar a los trabajadores de salud que tendrán un contacto más habitual con la población entre aquellos de sus integrantes con ascendiente sobre la misma, a fin de facilitar el proceso de comunicación y el desarrollo de las actividades.

17. Todos los recursos humanos de este nivel deben ser capacitados para insertar el conocimiento de su técnica específica en una comprensión más amplia del medio natural y social en el que actúan, y de las interrelaciones entre las variables del mismo y los niveles de salud resultantes.

18. Dado que la salud es un fin en sí misma, pero simultáneamente un medio de alcanzar un mejor desarrollo humano, también las acciones de este nivel deben sumar a su objetivo de elevar las condiciones sanitarias el de promover cambios favorables en el nivel de vida. Hubo

amplia coincidencia en que la actividad de este nivel resulta aconsejable que se incluya en un proceso global de desarrollo comunitario.

19. Esto hace necesario que el trabajador de salud esté capacitado para el trabajo interdisciplinario con grupos extrasectoriales, lo que puede lograrse mucho mejor si dicha práctica comienza precozmente, a través de experiencias compartidas en la etapa de la formación básica.

20. El profesional médico apropiado para el nivel primario en cualquier medio, puede caracterizarse como un generalista adiestrado en la solución de los problemas complejos que plantea la íntima relación de los aspectos clínicos con la ecología natural y social propia de cada grupo humano. Su variedad de conocimientos y destrezas, así como el tipo de motivación y actitud que requiere el nivel, obligan a proveer programas especiales de capacitación para el mismo.

21. A todos estos efectos, es necesario arbitrar modos institucionalizados de adecuar los programas de formación y capacitación de recursos humanos a las necesidades vigentes, sin que ello signifique—según la opinión de los participantes de la Conferencia—que las instituciones docentes sean pasivas frente a determinadas políticas. Muy por el contrario, estas deberían educar para el ejercicio de una crítica constructiva de la validez de los conocimientos alcanzados y de los métodos para su adquisición, así como de las políticas vigentes y las técnicas utilizadas en su aplicación. Para el caso de las escuelas de salud pública, esto conduce a una readequación de sus objetivos tradicionales.

22. Se considera muy recomendable la integración de la docencia en todos los niveles del sistema de atención, tanto por su función educativa como por su efecto estimulante sobre los servicios. Ello seguramente redundará también en influencias significativas para una revisión de los currículos tradicionales de las distintas profesiones y oficios de la salud.

23. En el caso particular del personal que se desempeñará en el nivel primario, es fundamental que reciba su capacitación en la misma área donde habrá de realizar su tarea o en medios similares, evitando las distorsiones observables por su preparación en niveles de mayor complejidad tecnológica y problemática diferente. En todas sus categorías debe asegurarse un proceso programado de educación continua después de su incorporación al servicio.

24. Es preciso destacar la inconveniencia de crear centros pilotos de adiestramiento o áreas de demostración, dado que generan condi-

aciones artificiales que difícilmente se encuentran en la realidad. Se aconseja, por el contrario, la utilización amplia de la organización existente.

PARTICIPACION COMUNITARIA

25. La participación de la comunidad en las actividades de los servicios que la sirven debe considerarse un postulado ideológico del sistema de atención y no simplemente un arbitrio administrativo-psicológico para incrementar su eficiencia.

26. Tal participación implica un diálogo entre los integrantes de la comunidad y los prestadores de servicios, con intercambio de información y propuestas que ayuden a fijar las prioridades de acción y evaluar sus resultados, e implica también la incorporación de recursos comunitarios de todo tipo para la ejecución de las actividades programadas.

27. Es necesario que las actividades de los organismos de salud respeten los valores y preferencias de cada comunidad, y se trate incluso de aprovechar la existencia de modalidades locales de medicina tradicional, cuyos cultores puedan colaborar en las labores programadas.

28. Se considera que la participación de la comunidad consiste fundamentalmente en la participación en las decisiones que la afectan, por lo que, a pesar de las dificultades y asperezas que puede traer en sus comienzos, los servicios de nivel primario deben inducirla. Por otra parte, resulta fundamental que ella surja como consecuencia de la participación en un proceso más amplio e integral de cambio comunitario, antes que de una iniciativa sectorial unilateral.

29. Por lo mismo, se descarta el voluntarismo filantrópico por constituir una modalidad seudoparticipativa, que suele ser apenas un intento de cubrir insuficiencias de los propios servicios y no una auténtica asunción de responsabilidades por parte de los grupos humanos organizados en sus propios problemas de salud.

30. Dentro de esta línea de pensamiento, es necesario considerar que los recursos para la salud, en el nivel primario, están constituidos por la capacidad de los organismos competentes más el aporte de actividades a cargo de la misma comunidad, a través de sus organizaciones propias o de aquellas que resulten del diálogo fecundo entre promotores y usuarios. Se considera que una acción de salud así enca-

rada, más allá de las dificultades inherentes a todo proceso de aprendizaje de nuevos papeles y responsabilidades, brinda las mejores posibilidades de cambios en el campo de la salud específicamente, con irradiación significativa hacia el cambio social global. Para que ello sea efectivamente así, es trascendental estar simultáneamente alerta frente a los vicios de la demagogia y el paternalismo vertical, impulsores de modalidades de seudoparticipación, sin conciencia real ni responsabilidad auténticamente compartida. La única modificación estable a un estado de cosas determinado surge de lo que el pueblo mismo incorpora a su cultura: conciencia de derechos y posibilidades, comprensión de causas y efectos, asunción de responsabilidad en los resultados.

31. Es por ello que resulta conveniente que los organismos de salud estimulen pero no impongan demandas que a su leal saber y entender sean beneficiosas para la salud. Estas demandas inducidas deberán orientarse primordialmente hacia el logro de una atención de la salud—actitud preventiva—antes que hacia la sola atención de la enfermedad declarada.

ESTRATEGIAS PARA LA EXTENSION DE LOS SERVICIOS

32. Como estrategia para la extensión de los servicios de atención primaria se debe considerar prioritarios a los grupos de población marginada, parcial o totalmente, de los beneficios del sistema de atención de la salud, tanto en las áreas rurales como en las urbanas. Tal estrategia debe adecuar las acciones a las distintas necesidades que muestren los diferentes grupos de población, así como a las posibilidades de contar con los recursos necesarios. La extensión de servicios no debe constituir un intento de expandir sin crítica el viciado modelo de atención vigente, sino un proceso evolutivo que comience con prestaciones básicas limitadas pero crecientes, asegure la canalización de los problemas que la superen hacia otros niveles, y efectúe una rediscusión oportuna sobre las características de esos mismos niveles.

33. En los casos en que ya exista una política definida para la extensión de los servicios, la elección de su localización debe surgir de un enfoque que combine criterios de tipo demográfico (densidad de población), geográfico (distancia), infraestructura existente (trans-

porte, comunicaciones, etc.), con las características de las necesidades a servir.

34. Tales servicios deben ser brindados a través de actividades locales integradas que impidan el aislamiento de los programas, que incorporen actividades docentes para la capacitación de los distintos rubros del personal de salud, y que busquen una integración—o al menos una coordinación eficaz—con las demás acciones para su desarrollo que se realicen en la comunidad.

35. Desde el punto de vista de la organización macroinstitucional que incluya a las actividades del nivel primario, ninguno de los sectores en que se halla dividido el sistema de atención de la salud en la mayoría de los países de la Región (sectores público, de la seguridad social y privado) puede por sí solo alcanzar una cobertura satisfactoria con acciones del nivel primario. Por ello es indispensable buscar formas institucionalizadas de coordinación o integración entre ellos, bajo la conducción política y normativa de los Ministerios de Salud.

36. A este respecto se destaca que tal integración o coordinación, según los casos, no puede consistir meramente en un reordenamiento administrativo, dado que implica la necesidad de controlar la influencia de intereses contrarios al replanteo global de la atención de la salud, implícito en esta programación.

PAPEL DE LAS ESCUELAS DE SALUD PÚBLICA

37. Las escuelas de salud pública, en su carácter de transmisoras de una doctrina y de una tecnología sanitaria de progreso social, deben asumir un papel dinámico en el desarrollo del nivel primario de atención de la salud. Ello puede lograrse mediante el cumplimiento de, por lo menos, las siguientes funciones:

- a) La incorporación de contenidos motivadores y científico-técnicos respecto a este nivel en sus responsabilidades docentes de pre y posgrado, jerarquizando el tema en el contexto de un replanteo general de la atención de la salud en los países.
- b) La participación activa en el proceso de capacitación de personal necesario para este nivel a través de la preparación de normas y programas de adiestramiento, así como de la formación del personal docente que habrá de desarrollarlos. Es aconsejable que esta actividad pueda descentralizarse en cursos de carácter regio-

nal o local, buscando ámbitos adecuados para su establecimiento permanente.

- c) El aprovechamiento de los programas de integración docente-asistencial para la función aludida en el punto anterior, así como para el adiestramiento en el terreno de los futuros administradores de salud, lo cual redundará asimismo en un inestimable aporte de realismo al pensamiento institucional.
- d) El ejercicio de una crítica positiva respecto a las políticas de formación de recursos humanos vigentes.
- e) La promoción o desarrollo por sí mismas de investigaciones epidemiológicas y administrativas que efectúen aportes al conocimiento de las necesidades de ese nivel, de nuevos esquemas para su organización, de las características y resultados del tipo de recurso humano en él utilizado, así como también la búsqueda de nuevos métodos que permitan superar un cuantitativismo simplista en la determinación de las necesidades de este último recurso.

PARTICIPANTES Y OBSERVADORES—IX CONFERENCIA DE ESCUELAS DE SALUD PÚBLICA DE AMÉRICA LATINA

Dr. Luis Arciniega, Escuela Nacional de Salud-Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Antioquia, Colombia

Dr. Rodrigo B. Argollo Ferrão, Asesor del Rector, Facultad de Medicina, Universidad Federal de Bahía, Salvador, Bahía, Brasil

Dr. Clodoaldo de Azevedo Costa, Coordinador, Curso B de Salud Pública, Secretaría de Salud Pública, Belém, Pará, Brasil

Dr. José Gabriel Borba, Profesor, Facultad de Salud Pública, São Paulo, Brasil

Dr. Humberto Carneiro da C. Nóbrega, Profesor, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil

Dr. Alejandro Carranza C., Escuela de Salud Pública de México, Naucalpan, México, D. F.

Dra. Dulce de Castro Mendez, Coordinadora de Recursos Humanos—Asesoría, Planificación y Coordinación, Secretaría de Estado de Salud, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

- Dr. Mario M. Cháves, Representante para América Latina de la Fundación W.K. Kellogg, Río de Janeiro, Brasil
- Dra. Judith Danielsen de Logo, Decano Asociado, Escuela de Salud Pública, Universidad de Puerto Rico, Caguas, Puerto Rico
- Dr. José Ramón Delgado Suárez, Escuela de Salud Pública, Caracas, Venezuela
- Dr. Jayme Drumond de Carvalho, Profesor, Escuela de Salud Pública de Paraná, Río Branco, Curitiba, Paraná, Brasil
- Dra. Catalina Eibenschutz, Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México
- Dr. Szachna Eliaz Cynamon, Profesor, Escuela Nacional de Salud Pública, Río de Janeiro, Brasil
- Dr. José Roberto Ferreira, Jefe, División de Recursos Humanos e Investigación, OPS/OMS, Washington, D.C.
- Dr. Ernani de Paiva Ferreira Braga, Profesor, Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Río de Janeiro, Río de Janeiro, Brasil
- Dr. Airton Fischmann, Director, Escuela de Salud Pública, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil
- Dr. Rafael Fuentes Bruzual, Director, Escuela de Salud Pública, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela
- Dr. Carlos J. García Díaz, Director, Escuela de Salud Pública, Universidad Nacional de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
- Dr. Arlindo Fabio Gómez de Souza, Profesor, Escuela Nacional de Salud Pública, Río de Janeiro, Brasil
- Dr. Joir Gonçalves da Fonte, Profesor, Escuela Nacional de Salud Pública, Río de Janeiro, Brasil
- Dr. Rodrigo González Pérez, Director, Escuela de Salud Pública, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México
- Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Coordinador, Programa de Preparación Estratégica del Personal de Salud, OPS/OMS, Brasília, Brasil
- Dr. Nagib Haddad, Profesor Titular y Jefe, Departamento de Medicina Social, Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Brasil
- Dr. José Alberto Hermógenes de Souza, Secretaría de Salud del Estado Bahía, Salvador, Bahía, Brasil

- Dr. Henri E. Jouval, Jr., Subdirector del Centro Latinoamericano de Tecnología Educacional para la Salud (CLATES-Río), OPS/OMS, Río de Janeiro, Brasil
- Dr. Oswaldo Lopes da Costa, Escuela Nacional de Salud Pública, Río de Janeiro, Brasil
- Dr. Guillermo Llanos, Jefe, Departamento de Medicina Social, Universidad del Valle, Cali, Colombia
- Dr. Pedro Madeira de Melo, Jefe, Departamento de Promoción de la Salud, Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil
- Dr. Ernesto Medina Lois, Director, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Santiago, Chile
- Dr. Aldo Neri, Profesor, Escuela de Salud Pública, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
- Dr. Walter Engracia de Oliveira, Director, Facultad de Salud Pública, Universidad de São Paulo, São Paulo, Brasil
- Dr. Luis Peregrina Pellón, Director, Escuela de Salud Pública, México, D.F.
- Dr. Dirceu Pessoa Pereira da Costa, Fundación Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil
- Dr. Francisco Quesney, Profesor, Escuela de Medicina, Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile
- Dra. Elsa Ramos Paim, Profesora, Escuela Nacional de Salud Pública, Río de Janeiro, Brasil
- Dr. Luis Fernando Rocha F. Silva, Escuela Nacional de Salud Pública, Río de Janeiro, Brasil
- Dr. José Rodrigues Coura, Profesor, Departamento de Medicina Preventiva, Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil
- Dr. José M. Saldaña, Decano, Escuela de Salud Pública, Universidad de Puerto Rico, Río Piedras, Puerto Rico
- Dr. José Carlos Seixas, Secretario General, Ministerio de Salud, Brasilia, Brasil
- Dr. Italo Sherlock, Fundación Oswaldo Cruz, Salvador, Bahía, Brasil
- Dr. Rubens da Silveira Britto, Jefe, División de Salud—Departamento de Recursos Humanos, Superintendencia de Desarrollo de la Amazonia, Belem, Pará, Brasil

Dr. Abraam Sonis, Director, Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud de la OPS, São Paulo, Brasil

Dr. José Romero Teruel, División de Recursos Humanos e Investigación, OPS/OMS, Washington, D.C.

Dr. Emiro Trujillo Uribe, Director, Escuela Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Antioquia, Colombia

Dr. Alfredo Turizo Callejas, Escuela Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Antioquia, Colombia

Reseñas

LA MEDICINA Y LOS MEDICOS DEL MAÑANA¹

Dr. Halfdan T. Mahler, Director General de la OMS

No hace mucho tiempo, el Consejo Ejecutivo de la OMS presentó un informe devastador sobre el estado de los servicios de salud pública en el mundo. Redactado en términos vigorosos, el informe contenía una crítica abrumadora. Algunos pasajes de este documento pueden dar una idea del carácter inequívoco de esa crítica pues en él el Consejo Ejecutivo opinaba que "...en muchos países, los servicios de salud no se han mantenido a la par de los cambios de la población, ni en cantidad ni en calidad. Cabe suponer, en cambio, que están empeorando". Aunque se examinara esta situación con actitud optimista y se dijera que los servicios de salud están mejorando, el Consejo Ejecutivo considera que "...se está al borde de una gran crisis que es menester encarar inmediatamente, por cuanto podría dar lugar a una reacción a la vez destructiva y costosa".

El informe continuaba diciendo que "...al parecer, por diversas razones los pueblos sienten una gran insatisfacción respecto de sus servicios de salud. Esta insatisfacción se observa tanto en los países desarrollados como en el tercer mundo". En el informe se sintetizaban las causas de este malestar en estos términos "... la falta de satisfacción de las expectativas de los pueblos y la incapacidad de los servicios de salud para dar un nivel de cobertura nacional adecuado a las demandas explícitas de salud y las necesidades cambiantes de las distintas sociedades; una diferencia enorme en la condición de salud entre distintos países y entre distintos grupos dentro de los países a la cual no se pone remedio; el aumento acelerado de los costos, sin un mejoramiento visible y significativo de los servicios, así como la sensación de impotencia del usuario que, justa o erróneamente, estima que los servicios y el personal de salud se han embarcado en una trayectoria incontrolable y propia que acaso sea satisfactoria para las profesiones de salud, pero que no es lo que más desea el usuario".

Con todo, si queremos comprender qué está ocurriendo y prever la futura evolución de la educación médica en todo el mundo, debemos echar una mirada al fundamento de la enseñanza en más de un millar de instituciones de todo el mundo donde se forman los médicos. El cuadro que se nos presenta, a decir verdad, no es del todo alentador.

¹ Discurso pronunciado en conmemoración del centenario de la Facultad de Medicina de la Universidad de Ginebra, el 28 de octubre de 1976.

Al observador reflexivo de las escuelas de medicina le resultará inquietante percibir la regularidad con que todo el sistema educacional de estas escuelas está aislado con respecto a los sistemas de servicios de salud de sus países. En realidad, en muchos países las escuelas y cuadros docentes continúan siendo las proverbiales torres de marfil. Allí se prepara a los estudiantes según elevadas "normas académicas", oscuras, mal definidas y de presunta vigencia internacional. Estas normas responden a lo que se percibe vagamente como necesidades del siglo XXI y olvidan — e incluso ignoran — las apremiantes necesidades de salud de la sociedad de hoy y de mañana.

En su mayor parte, las escuelas de medicina del mundo preparan a los médicos no para ocuparse de la *salud* del pueblo, sino para un ejercicio profesional ciego a todo lo que no sea *enfermedad* y tecnología para combatirla. Esta tecnología, que alcanza precios astronómicos y en constante aumento, está orientada hacia un número cada vez menor de personas que se suelen seleccionar no tanto por la clase social o la riqueza, sino por la tecnología médica en sí misma, y con frecuencia se centra en las personas que se encuentran en las etapas finales de la vida. Estas instituciones preparan a los médicos para ocuparse de casos raros que pocas veces se presentan, en lugar de enseñarles a resolver los problemas comunes de salud de la comunidad; los preparan para curar más que para preocuparse por el bienestar y la salud de los pacientes. Suelen olvidar que las soluciones técnicas deben responder a los objetivos sociales y no tratar de imponerlos. Ejercicio de la medicina ha llegado a ser virtualmente sinónimo de medicina curativa; los médicos se preparan principalmente para ocuparse de episodios mórbidos, prestando poca o ninguna atención al hombre en su totalidad y a su interacción con la sociedad.

Muchas escuelas de medicina preparan a sus alumnos para un ejercicio profesional en el cual se supone que la "mejor" atención de salud es aquella en virtud de la cual el médico mejor preparado de la institución más especializada aplica todo el conocimiento de la medicina a todos los individuos. Sin embargo, en el contexto de esta hipótesis, la "calidad" puede conducir a un conflicto peligroso, en el cual las intervenciones de salud ascienden constantemente en la escala profesional al tiempo que la educación médica se insensibiliza ante las necesidades y problemas de salud de la comunidad y se orienta hacia una tecnología onerosa cuya eficiencia y eficacia decrecen visiblemente.

Tecnología de la enfermedad o educación para la salud

A todo esto hay que agregar que, en muchas escuelas de medicina, la educación propiamente dicha ocupa un lugar poco importante en el orden de prioridades a pesar de la importancia que de palabra se le adjudica. Con mucha frecuencia, el éxito en la vida universitaria se refleja en afirmaciones como esta: "No se le puede negar el cargo pues ha publicado 103

investigaciones más que su rival o "No podemos pretender que el más grande experto en *coreopsis neonatorum* pueda entusiasmar a los estudiantes después de dedicar tanta energía a los pacientes y a los congresos médicos". Como dijo Platón hace más de 2,000 años: "Lo que se honra en un país, eso se cultivará". Acaso convenga echar una segunda mirada al objeto que nosotros honramos.

Es evidente, incluso a través de este examen somero, el motivo por el cual se detecta una insatisfacción creciente frente a la medicina en general y a la educación médica en especial. A veces se llega a formular un cínico interrogante sobre si tiene realmente alguna importancia qué clase de médico se está formando. Después de todo, a pesar de la campaña en pro de la "calidad" y la "excelencia", los costos aumentan al punto que hasta las sociedades más ricas tienen dificultad en solventarlos y en ellas las normas generales de salud y bienestar declinan progresivamente: la esperanza de vida al nacer—después de llegar a un punto máximo—está menguando nuevamente; las tasas de cáncer aumentan; las enfermedades cardiovasculares están a la orden del día; las drogas, el alcohol, el cigarrillo y los accidentes de tránsito matan hoy mayor número de personas que todas las epidemias de siglos anteriores; se abruma a los ancianos con la abundancia del instrumental de diagnóstico y la presencia de una tecnología abstrusa, pero básicamente se desatiende y descuida su bienestar psicosocial y mental.

Esta inquietud acerca de la medicina contemporánea es compartida por muchos. El imperio de la medicina íntimamente vinculada con la potente industria del arsenal diagnóstico y terapéutico, a veces aparece más como una amenaza que como una contribución para la salud. El cuadro general es el de un sistema médico carísimo que no se ocupa de promover la salud, sino de la aplicación ilimitada de la tecnología de la enfermedad a una proporción mezquina de beneficiarios potenciales y que, además, ni siquiera lo hace con gran competencia. Como consecuencia de la actual orientación acentuadamente tecnológica del diagnóstico y la terapia, el intento mismo de diagnosticar y tratar una enfermedad puede producir otra, sea por los efectos secundarios o por iatrogenesis. Se ha informado que hasta un 20% de los pacientes hospitalizados de algunas naciones ricas del mundo se incluyen en esta categoría. Hace algunos años, un estudio realizado en un país desarrollado comparó a los pacientes que reingresan al hospital con los reincidentes que vuelven a la cárcel. Aunque se sabe muy bien que las condenas a prisión no disuaden a ciertos delincuentes, sin embargo este estudio puso en evidencia que las cárceles eran más eficaces que los hospitales cuando se trataba de desalentar o hacer innecesario el retorno.

Con todo, abrigo la profunda convicción de que los médicos tienen un papel decisivo en la lucha de la humanidad en pro de la *salud* que, de acuerdo con la OMS, significa un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Solo podremos ganar esta guerra si los trabajadores de la salud—médicos, enfermeras y otro personal de salud—actúan como combatientes que luchan juntos, sin reservas, dispuestos a encarar el desafío de las necesidades y exigencias reales de salud de la comunidad; si están dispuestos a unirse con otros, a veces llevando la delantera con orgullo justificado y otras veces surgiendo con la debida humildad para vencer los numerosos problemas que afectan profundamente la salud pero que son también objeto de preocupación de otras profesiones.

La sociedad que, después de todo, solventa el costo de todas las actividades en salud, espera de nosotros que preparemos médicos capaces de desempeñar una función social que responda a las necesidades y exigencias de salud de la comunidad a la que habrán de prestar servicio.

Las actividades de salud pública como instrumento de desarrollo social

La escuela de medicina es una parte integral de la sociedad, un instrumento que debiera preparar al egresado para trabajar *en y para* la sociedad. Creo que las actividades de salud pública pueden generar una conciencia social y servir de instrumento para el progreso de la sociedad. Creo, también, que los protagonistas de la salud comunitaria actuarán con convicción en la promoción del desarrollo social y en la protección de los intereses de la promoción de la salud—y subrayo la promoción de la salud y no de los servicios sociales—solo si están imbuidos de los objetivos sociales de la salud de la comunidad.

Con este objeto, primero debemos examinar cuidadosamente las condiciones que los egresados de la escuela de medicina tendrán que enfrentar y, en consecuencia, debemos organizar un programa educacional que los prepare para desempeñar esa función. A ese efecto, tenemos que formularnos algunas preguntas inquisitivas con respecto a los egresados:

- ¿Piensan y actúan en términos de “salud“ o de “enfermedad”? Es decir, ¿aplican técnicas de prevención y promoción de la salud o solo técnicas de curación y rehabilitación?
- ¿Piensan y actúan en términos de familia y comunidad o de enfermos individuales?
- ¿Piensan y actúan en calidad de miembros de un equipo de salud compuesto por médicos, enfermeras y otros trabajadores de salud, y en calidad de científicos sociales y de otras disciplinas?
- ¿Piensan y actúan en términos de eficacia en el uso de los recursos financieros y materiales disponibles?
- ¿Piensan y actúan en términos que se adecuen a las normas de salud y enfermedad de su país y a las prioridades pertinentes?

Si la respuesta a todos estos interrogantes fuera afirmativa, cabría decir que la escuela de medicina está haciendo un progreso considerable en la

preparación de un egresado cuya formación yo calificaría de "pertinente" a las necesidades de salud de la sociedad moderna. Si algunas de las respuestas no son inequívocamente afirmativas, surge la necesidad apremiante de reexaminar los principios filosóficos y el programa de la escuela respectiva.

Los médicos y otros trabajadores de salud son proclives a adaptarse al sistema de salud vigente aunque hayan sido preparados para desempeñar funciones muy distintas. Por lo tanto, primero es necesario modificar el sistema de salud y luego formar a los médicos para que se desempeñen en ese sistema. Cabe preguntarse cuál es el sistema de salud al que me refiero. Se trata de un sistema que sea accesible a todos los integrantes de la comunidad, que vele por la promoción de la salud de toda ella y en el cual la misma comunidad sea quien adopte y aplique las decisiones fundamentales sobre la salud. Un sistema que se oriente hacia la identificación y solución de los problemas de salud prioritarios de la comunidad y en el que el médico sea solo *un* miembro de un equipo donde cada uno cumpla las funciones para las que se ha preparado. Un sistema que obra una revolución social en la salud comunitaria y reconoce con claridad que el disfrute del nivel más elevado posible de salud es por sobre todas las cosas un objetivo comunitario así como un derecho humano individual. Al definir los objetivos comunitarios pienso en cuatro tipos principales de factores: políticos, sociales, económicos y técnicos; y es a la educación médica a la que incumbe que el estudiante adquiera conciencia de la función e importancia de todos ellos.

Me han pedido que *no* me refiera hoy a los sistemas de salud pública sino a la educación médica, pero por mucho que me hubiera gustado satisfacer este deseo creo que es muy difícil desvincular un tema del otro. A mi juicio, la educación médica—la preparación de los recursos humanos en salud—es solo uno de los elementos integrales del progreso de los servicios de salud. Los "recursos humanos en salud" carecen de significado y objetivo cuando se los considera aisladamente: solo son un instrumento de la atención de la salud. En caso contrario corremos el riesgo de impartir una formación médica que sea una deformación social.

De lo anterior se deduce que los recursos humanos en salud se han de formar en función de los servicios de salud en los cuales se desempeñarán y que, en consecuencia, los servicios de salud evolucionarán en función del tipo de recursos humanos de que puedan disponer. Ningún país puede ya permitirse el crecimiento desordenado de los servicios de salud con el consiguiente derroche de recursos humanos y financieros que hemos observado en años pasados. Esos servicios deben planificarse cuidadosamente y el éxito de la planificación dependerá, en gran medida, de la preparación de recursos humanos apropiados a cada etapa de la expansión de los servicios de salud. Naturalmente, ni el modelo de los servicios ni los planes para su desarrollo podrán ser iguales en todos los países. Las condiciones nacionales o locales de salud y los sistemas políticos y culturales determinarán las

necesidades y exigencias específicas que cada servicio de salud debe atender. No obstante, algunas cosas son comunes a todos ellos.

Por ejemplo, es menester contar con un órgano permanente para formular planes sobre recursos humanos que definan, en términos generales, la calidad y cantidad de médicos, enfermeras y otros trabajadores de salud a quienes se debe preparar; de ese modo, por un lado se garantizaría la utilización óptima de todo el personal adiestrado para prestar servicios específicos y, por el otro, se controlaría esa utilización de modo que la planificación y capacitación futura de recursos humanos se pudiera ir adaptando a necesidades definidas claramente. Por lo tanto, puede decirse que los tres componentes fundamentales del proceso de desarrollo de los recursos humanos en salud—planificación, adiestramiento y administración—constituyen un todo compuesto que debiera integrarse en el desarrollo de los servicios de salud, aunando las actividades de los distintos organismos gubernamentales y no gubernamentales, instituciones, escuelas y otros órganos que desempeñan funciones en esta esfera. El resultado de este mecanismo debiera ser un servicio de salud que comprenda a toda la población del país y satisfaga las necesidades y exigencias de promoción, prevención, restablecimiento y rehabilitación de la salud, dotado de personal de salud en número suficiente y con una formación adaptada a la solución de los problemas de salud.

Las decisiones adoptadas por la sociedad

Este mecanismo debiera ocuparse de describir todos los problemas de salud del país respectivo y las opciones posibles para satisfacer objetivamente las prioridades, adoptando y ejecutando las decisiones necesarias sobre la base de esta evidencia. De este modo, las decisiones finales serían adoptadas por la sociedad y no por los profesionales interesados.

Contando con un desarrollo integrado de los servicios y recursos humanos de salud, las actividades de las escuelas de medicina consideradas en forma individual se definirían por medio de planes de recursos humanos en salud basados en las políticas y planes generales de salud de los países; estos, a su vez, constituyen un elemento esencial de las políticas y planes generales nacionales que cada sociedad debe darse en función de sus aspiraciones sociales, económicas y políticas así como de sus propias necesidades y recursos.

Los planes sobre recursos humanos en salud, a más de definir la cuantía y las categorías de trabajadores de salud que se deben capacitar, indican también el conocimiento, pericia, actitud, y el ámbito y nivel de competencia necesarios para desempeñar las funciones de cada uno. En este punto quisiera pedirles que se preguntaran seriamente si el tradicional sistema de exámenes tiene todavía una finalidad verdaderamente útil. ¿No se lo debiera sustituir, tanto en las escuelas de medicina como en los institutos de formación de otro personal de salud, por un sistema de evaluación que

midiera de manera válida la capacidad del alumno para identificar y resolver los problemas que se le plantean y adoptar decisiones atinadas, esto es, que midiera su competencia y aptitudes? Este sistema, además, permitiría incorporar inmediatamente las experiencias y observaciones adquiridas y efectuar una evaluación a largo plazo, es decir, verificaría el desempeño de los egresados de esas escuelas en relación con la atención de salud requerida por la comunidad.

La educación que se imparte en las escuelas de medicina, a mi juicio, debe *guardar relación* con las necesidades actuales y previsibles de salud de la comunidad, en lugar de orientarse hacia la satisfacción de los intereses profesionales. El personal de salud—médicos u otros trabajadores de salud—capacitado para comprender un problema, formular juicios, adoptar una decisión y continuar aprendiendo durante toda su vida podrá prestar servicio útil a la sociedad tanto cuando egrese de las aulas como 30 ó 40 años después, bien avanzado el siglo XXI.

En beneficio de quienes abogan por el programa tradicional de orientación científica, por oposición a un programa orientado en función de problemas, permítaseme citar un solo ejemplo inquietante: en una investigación que se realizó al comienzo de un curso médico en fisiología se pusieron a prueba los conocimientos que se conservaban sobre las asignaturas de física y química—los cuales constituían un prerrequisito al curso—y se comprobó que entre 6 y 16 meses después de haber aprobado el curso original, no solo unos pocos estudiantes recordaban lo suficiente como para aprobar nuevamente dichas asignaturas sino que los “buenos” estudiantes apenas si tenían un rendimiento superior al de los “malos” estudiantes. Aunque en el estudio no se hizo específicamente esta observación, el lector pudo inferir que, con prescindencia de su nivel, el rendimiento en esas asignaturas había tenido escasa influencia sobre el rendimiento ulterior en el curso de fisiología.

Planes de estudio

Es bien evidente que si nos orientamos hacia el tipo de educación médica que he tratado de esbozar, no puede haber un plan universal para los programas de enseñanza de la medicina. La ardua tarea que tienen ante sí tanto los docentes como los planificadores de la educación en cada escuela es definir las aptitudes *específicas* que sus estudiantes deben adquirir a fin de atender las necesidades y exigencias locales de salud.

Para obtener este tipo de educación es menester que la comunidad, en su conjunto, se utilice como contexto del aprendizaje y que se considere al hospital como un lugar en el cual puede estudiarse una *cierta etapa* del proceso de enfermedad. Cuando la enseñanza se centra en el hospital, a pesar de las visitas ocasionales e informales a la “comunidad”, no se puede formar a médicos orientados en función de la salud y la comunidad que

posean una verdadera responsabilidad *social*. Por lo mismo, si se quiere que los egresados de medicina se desempeñen como integrantes o, en algunos casos, directivos de un equipo, es evidente que su formación ha de ser multidisciplinaria, de modo que adquieran las habilidades y aptitudes necesarias para colaborar con los demás integrantes del equipo de salud. En resumen, en todo sentido, necesitamos adoptar una política de puertas abiertas.

Los docentes mismos tendrán que aprender un nuevo enfoque educacional; deberán aprender la forma de ayudar a los alumnos a alcanzar sus objetivos y cómo promover un aprendizaje eficiente y efectivo. Los elementos centrales son el alumno y el aprendizaje, y *no* el docente y al enseñanza.

Todo esto significa alejarse de los conceptos y prácticas contemporáneos. Comprendo, naturalmente, que tanto las escuelas como los países tienen un pasado que ha de tenerse en cuenta al planificar el futuro. Con todo, confío plenamente en que—más allá de los interrogantes que he señalado—los cambios *son* necesarios, y que estos producirán y significarán un perfeccionamiento. La Constitución de la Organización Mundial de la Salud enumera muchas funciones, pero una sola finalidad, a saber, “alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud”. Yo creo que este es también el objetivo último hacia el que deben orientarse todas las escuelas de medicina como partes integrales de la sociedad en la que funcionan. A fin de lograrlo tendrán que modificar las modalidades de pensamiento de los docentes y de los médicos en ejercicio a más de coadyuvar a la modificación de los sistemas de atención de salud para que guarden una relación más estrecha con la vida social; de ese modo los médicos estarán en condiciones de desempeñar el papel que les corresponde en los servicios de salud de su país, no solo para curar, sino para contribuir al mejoramiento de la calidad de la vida del pueblo.

Si hacemos nuestra esta orientación, nos será fácil dar respuesta a la pregunta sugerida en el título con que encabezamos estas palabras: sí podremos ayudar a nuestros estudiantes a transformarse en profesionales de la salud con conciencia social que pueden, y quieren, dar solución a los problemas prioritarios de salud del pueblo, atendiendo a sus necesidades tanto “hoy” en el momento de su egreso de la escuela de medicina como en el “mañana” que pertenece al futuro. Creo firmemente que compartimos una visión común de lo que debe hacerse. Queda por ver si tenemos el coraje y la tenacidad de embarcarnos en las acciones que nos permitan dar realidad a nuestros objetivos.

TALLER DE EDUCACION MEDICA SOBRE DISEÑO CURRICULAR²

Este Taller tuvo lugar en Chaclacayo, Lima, Perú, del 29 de noviembre al 3 de diciembre de 1976. Fue organizado por la Asociación Peruana de Programas Académicos de Medicina (ASPEFAM), bajo los auspicios de la Organización Panamericana de la Salud y del Instituto Hipólito Unanue. Concurrieron delegados de los seis programas académicos de medicina humana del país, del Ministerio de Salud, del Consejo Nacional de la Universidad Peruana, de las Asociaciones Peruanas de Programas Académicos de Enfermería, de Odontología, y de Medicina Veterinaria, del Colegio Médico, del Colegio de Obstetras y de la Escuela de Salud Pública del Perú, así como funcionarios de la OPS/OMS. Actuaron en calidad de asesores el Dr. Luis Carlos Lobo, Director del Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud (CLATES) de Río, el Dr. Henri E. Jouvai, Subdirector, y el Dr. Homero Silva de ASPEFAM.

Durante el taller se trataron los siguientes temas:

- Tendencias actuales en educación médica
- Estado actual de la educación médica en el Perú
- Planificación curricular
- Estructuración del currículo de estudios de pregrado de medicina en el Perú
- Experiencias adquiridas en el Servicio Civil de Graduados de las Ciencias de la Salud (SECIGRA-Salud)
- Marco conceptual, estructural y metodológico del currículo

Conclusiones. Como resultado de los cinco días de trabajo del taller, se arribó a las siguientes conclusiones:

1. En el momento actual las instituciones de educación médica del Perú carecen de un diseño curricular que se ajuste a las necesidades de salud del país.
2. Es menester generar nuevos rumbos en el diseño curricular del pregrado de medicina, sobre la base de dar un mayor énfasis al aprendizaje que a la enseñanza, a la individualización del proceso educativo, a la autoinstrucción y a la adecuada integración docente-asistencial.
3. Para cualquier trabajo de diseño curricular resulta indispensable utilizar una terminología uniforme que permita una comunicación eficaz.
4. La planificación curricular deberá reconocer apropiadamente los factores determinantes y explicar los marcos conceptual, metodológico y estructural y los objetivos cognitivos, psicomotores y afectivos del proceso enseñanza-aprendizaje.

² Reseña basada en el informe final del Taller.

5. En el diseño de un currículo de pregrado se debe reconocer la significativa vigencia de los determinantes sociales, la necesidad de utilizar los aspectos positivos de la documentación legal existente y la posibilidad de promover cambios en sus aspectos negativos y, eventualmente, contribuir en la formación de las políticas de salud del país.

6. El departamento académico, como unidad docente operativa, puede favorecer y viabilizar el desarrollo y la aplicación de un currículo integrado y flexible.

7. El SECIGRA-Salud, en actual proceso de ejecución, es un factor generador del conocimiento vivo de la realidad de salud del país y de estímulo de inquietudes para la reforma curricular. Se constituye además en un laboratorio viviente de relaciones humanas inter e intragrupalas.

8. En el momento actual existe inadecuación entre la formación que ofrecen los programas académicos de medicina y las actividades profesionales de los egresados en los sectores mayoritarios de la comunidad. Asimismo, hay inadecuación de la infraestructura de salud del país con las necesidades logísticas que plantean tales actividades.

9. Un currículo de pregrado en medicina deberá establecer claras distinciones entre el perfil de su producto final y el del que egrese de los programas de salud de las escuelas superiores de educación profesional.

10. Las funciones básicas de un graduado de medicina se dará en las áreas de atención médica (pediatría, gineco-obstetricia, cirugía, medicina y psiquiatría), médico-legal, administrativa, de investigación y proyección a la comunidad. Deberá darse especial énfasis a las necesidades de salud integral del binomio madre-niño.

11. La formación del futuro médico peruano debe ser integral y flexible y generar un profesional solidario, imbuido del conocimiento de la realidad nacional, con acentuado sentido crítico, actitud científica y alta calidad ética.

12. Es de esperar que la Ley General de Salud, cuya aprobación se anuncia, recoja las aspiraciones de la comunidad en relación con un sistema de salud que favorezca prioritariamente a las grandes mayorías y posibilite la elaboración y puesta en práctica de currículos renovados.

Recomendaciones. Los participantes en el taller formularon las siguientes recomendaciones:

1. Los programas académicos de medicina deberán definir con precisión y claridad el perfil del médico que va a formar, en armonía con la situación y necesidades reales de salud del país.

2. Los programas académicos de medicina deben rediseñar sus currículos, utilizando una terminología común y aplicando los principios de la moderna tecnología educativa. Este trabajo deberá ser materializado en lo posible a partir de 1977.

3. Los programas académicos de medicina deben conocer el perfil de los

profesionales de salud que se van a formar en las escuelas superiores de educación profesional.

4. Los programas académicos de medicina humana deben solicitar que el Consejo Nacional de la Universidad Peruana se aboque a un estudio de los aspectos académicos del Estatuto Universitario vigente. En este sentido una de las modificaciones fundamentales deberá precisar que son los programas académicos de medicina humana y no los departamentos académicos a sus servicios los que deben establecer los niveles de complejidad de los contenidos curriculares.

5. La universidad peruana, a través de sus programas académicos de medicina, debe estudiar la mejor manera de intervenir activamente en el perfeccionamiento de SECIGRA-Salud, tanto a nivel de la planificación y ejecución del programa como en aspectos de supervisión y evaluación.

6. La organización y pronta instalación de la Oficina Nacional del Servicio Civil de Graduandos, que permita la ampliación y consolidación del servicio con la incorporación de graduandos de otros sectores.

7. La aplicación, por parte del Ministerio de Educación y el Gobierno, de la Ley General de Educación en lo que se refiere al segundo ciclo de educación superior, con la finalidad de que el sistema de la universidad peruana pueda desenvolverse adecuadamente dentro del marco filosófico de la Ley General de Educación.

8. La realización de talleres de diseño curricular y tecnología educativa en forma periódica bajo el auspicio de los programas académicos de medicina humana y la ASPEFAM.

EL VALOR Y EL COSTE DE LA SALUD³

Con un millón de dólares se pueden formar 15 médicos, o capacitar 200 auxiliares de salud o bien adquirir vacunas para inmunizar a un millón de niños. ¿Qué sería lo mejor?

En los países que carecen de recursos en todos estos campos, la decisión por una de las tres posibilidades resulta difícil y encierra ciertos sacrificios. El desarrollo de un recurso para la salud redundaría en perjuicio de otro. Esta es la tarea con que se enfrentan los economistas de salud y los planificadores de salud, quienes constantemente se ven obligados a tomar decisiones de esta naturaleza. En un mundo en que la rápida evolución exige cada vez más especialización, la economía sanitaria ha surgido como una disciplina, necesaria para muchos, pero cuya aplicación satisface a muy pocos, pues en lugar de facilitar la consecución de los ideales de esperanzas crecientes, recuerda sin cesar a los planificadores la limitación de los recursos en el sector salud.

³Por Dawn Libery. Texto traducido de *WHO Features*, Organización Mundial de la Salud, No. 38, septiembre de 1976.

Según la publicación No. 64 de la serie Cuadernos de Salud Pública de la OMS, titulada *Economía aplicada a la sanidad*, la economía sanitaria aspira a conseguir tres objetivos: *cuantificar* la organización y financiamiento de los recursos para la prestación de servicios de salud; *determinar* la eficacia con que se asignan y utilizan estos recursos y, por último, *analizar* los efectos de los servicios de salud preventivos, curativos y de rehabilitación sobre la productividad individual y nacional. Esta definición de economía sanitaria lleva intrínseco el concepto de que los usuarios de la atención de salud deben recibir un valor por su aporte monetario y deben tener la facultad de expresar su opinión sobre los fines a que se destina el presupuesto de salud y la forma en que se desembolsan los fondos. Ante las crecientes necesidades de la sociedad, la economía sanitaria ha surgido como un sector independiente de teoría y práctica. Pero a pesar de este cariz de independencia, el presupuesto nacional y las consideraciones políticas de cada gobierno rigen la asignación de recursos para la salud. Es por ello que la asignación de todos esos recursos depende de la prioridad que cada gobierno conceda a la salud.

¿Prevención o curación?

A este respecto se cuenta la anécdota sobre dos hombres que se encontraban a la orilla de un río, cuando de repente vieron flotar en el agua a varios niños pequeños a punto de ahogarse. Uno de los hombres se tiró al agua y salvó a un niño, luego a otro y todavía a uno más, mientras que su compañero empezó a caminar río arriba.

“¿Adónde vas?”, preguntó el primer hombre, “hay que salvar a estos niños”. “Precisamente por eso”, respondió su compañero, “voy a averiguar quién los arroja al agua e impedir que lo siga haciendo”.

Esta simple historietita presenta una analogía con las actitudes adoptadas en materia de salud. Es una necesidad de índole universal mostrar que la prevención resulta económicamente más eficaz que la medicina curativa. Con excesiva frecuencia los gobiernos se preocupan más de “rescatar a los niños” que de “evitar que caigan al agua”. Esto plantea un dilema a la disciplina de la economía sanitaria porque a menudo es difícil cuantificar los resultados de la atención preventiva. Los gobiernos consideran justificado el concentrar su atención y recursos principalmente en la medicina curativa porque sus resultados son cuantificables y pueden medirse en términos económicos.

Sin embargo, no puede subestimarse la gran importancia de la acción preventiva ya que, al mantener una fuerza laboral sana y vigorosa, se contribuye al desarrollo económico de un país. La prevención de enfermedades, junto con unas condiciones de vida estables pueden contribuir más a la productividad de una nación que la construcción de varias fábricas. En pocas palabras, la persona enferma no puede trabajar y, por lo tanto, no puede producir.

Medición de los cuidados de salud

La escasez de recursos exige una planificación minuciosa dentro del sector salud. Para medir los resultados de los desembolsos destinados a la salud pueden utilizarse ciertos procedimientos económicos. Por ejemplo, el *coste/eficacia*—que se concentra en un resultado o beneficio principal, como el mejoramiento de la salud o la reducción de enfermedades—es particularmente útil para medir la eficacia económica, así como el efecto que sobre la salud ejercen las campañas contra el cólera, la malaria, la viruela y la esquistosomiasis.

No obstante, estos métodos de medición han revelado que el simple aumento de los recursos de salud no siempre mejora los servicios prestados. No se puede predecir la relación que se establecerá entre una mejor atención de salud, por un lado, y la cantidad o coste de los recursos, por el otro. Así, por ejemplo, los indicadores relativos a un país latinoamericano no muestran ningún mejoramiento de la salud en los últimos 10 años, a pesar de que existe una elevada y creciente proporción de médicos y camas hospitalarias con respecto a la población.

Por consiguiente, el planificador/economista de salud se enfrenta con la tarea de crear incentivos para conseguir un mejoramiento de la salud y, al mismo tiempo, fomentar la eficacia de los servicios prestados. Asimismo, se deben considerar otras posibilidades tales como la redistribución geográfica del personal de salud competente; la creación de incentivos relativos a la remuneración del médico y al seguro de enfermedad; la ejecución de un programa en gran escala de educación para la salud, etc.

En cuanto al financiamiento de esos programas, los gobiernos deben asegurarse bien de que los gastos necesarios no se asignen a los que menos pueden satisfacerlos. Se ha informado que en un país latinoamericano la carga del financiamiento recae de manera desproporcionada sobre las personas necesitadas, pese a que consumen menos de la parte proporcional de las prestaciones de salud, con el resultado de que estas personas son menos sanas y se empobrecen más.

Por último, la eficacia de los programas de salud varía según los países, y ciertas medidas que en un país son satisfactorias no producirán necesariamente los mismos resultados en otro. Los gobiernos deben tener presente esta circunstancia cuando traten de obtener modelos para sus programas de salud.

La función de la OMS

En la publicación mencionada, que es para divulgación popular, los participantes en un seminario interregional de la OMS sobre economía sanitaria destacaron la importancia de incorporar los principios y técnicas de la economía sanitaria en campos más amplios de la administración y

gestión de los servicios de salud. Ciertos países en desarrollo ya están aplicando nuevos métodos de contabilidad de costes destinados a evaluar los resultados de sus programas de salud y comunicarán dichos resultados a la Organización.

Reconociendo la responsabilidad que incumbe a la OMS en la divulgación de información, los participantes en el seminario sugirieron también que la Organización recopile cierto material relativo a los recursos, que consistiría en: listas de escuelas que ofrecen enseñanzas en materia de economía sanitaria; guías de capacitación de personal para los administradores de salud y los encargados de adoptar las decisiones; datos sobre los gastos racionales de actualidad en el campo de la salud, e información sobre los lugares en los cuales, los que prestan servicios de salud en gran escala, pueden encontrar las condiciones más ventajosas, por ejemplo, para la compra de ciertos tipos de medicamentos y equipo.

Con la debida asistencia y previsión económica, cabe esperar que cada nación podrá alcanzar un nivel de salud y bienestar viables para toda su población. Si, como afirmó en cierta ocasión Benjamín Disraelí, "La salud de un pueblo constituye realmente la base de su felicidad y de su poder como Estado", la asignación de recursos para la salud es el elemento más fundamental de la economía de una nación.

Noticias

59ª REUNION DEL CONSEJO EJECUTIVO DE LA OMS¹

La 59ª Reunión del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) puso fin el 28 de enero a tres semanas de deliberaciones en Ginebra bajo la presidencia del Dr. Rogelio G. Valladares, Jefe de la Oficina de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela.

En la formulación de la política y estrategia del programa-presupuesto para el futuro, tanto el Consejo Ejecutivo como el Director General de la OMS se guiaron ante todo por la intención de dar cumplimiento inequívoco a la letra y al espíritu de las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud que destacan la importancia de la cooperación de la OMS con los países en desarrollo, a fin de poner los servicios de atención de la salud al alcance de las poblaciones menos privilegiadas.

Seguidamente se indicarán las medidas que se están adoptando con miras a destinar, como mínimo, un 60% en términos reales de las consignaciones del programa-presupuesto a las actividades de cooperación técnica y de prestación de servicios de la OMS para 1980:

a) reducción de todos los gastos prescindibles que no sean esenciales en las categorías de personal de plantilla y administración, tanto en la Sede como en las Oficinas Regionales (reducción de 363 puestos de plantilla en la OMS, incluidos 313 en la Sede, entre 1978 y 1981);

b) racionalización de los cuadros profesional y administrativo;

c) eliminación de los proyectos que han dejado de ser útiles, y

d) aprovechamiento al máximo de los recursos técnicos y administrativos de los países en desarrollo.

El Dr. Halfdan Mahler, Director General de la OMS, explicó que la nueva estrategia comprende la reorientación de *todos* los programas de la Organización con el propósito de aumentar la cooperación técnica, así como el fortalecimiento de las funciones constitucionales de la OMS en su calidad de *máximo* organismo coordinador de las cuestiones de salud en el plano internacional. El objetivo perseguido es acercar al mundo entero a la meta de "salud para todos en el año 2000".

El Consejo destacó la función crucial que, para alcanzar este objetivo, cabe a los programas de cooperación técnica, con la debida orientación social, encaminados hacia metas de salud bien definidas en el plano

¹Texto traducido del comunicado de prensa de la OMS, No. WHO/8, 28 de enero de 1977.

nacional, fomentando la autosuficiencia nacional y contribuyendo, directa o significativamente, al mejoramiento de las condiciones de salud de las poblaciones atendidas.

Nuevos programas. En el presupuesto para 1978-1981 se incluyeron cuatro nuevos programas que se consideraron, sin lugar a dudas, como programas de cooperación técnica, a saber: las operaciones de socorro de urgencia; el Programa Ampliado de Inmunización (tema del Día Mundial de la Salud de 1977: Inmunice y proteja a su hijo); el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (con destino al cual algunos países ya han prometido una cuantía sustancial de recursos extrapresupuestarios), y la prevención de la ceguera.

El Consejo Ejecutivo adoptó también otras importantes decisiones, a saber:

Programa-presupuesto para 1978: El Consejo recomendó a la 30ª Asamblea Mundial de la Salud, que se reunirá en Ginebra el próximo mes de mayo, que adopte un presupuesto operativo, efectivo, por valor de EUA\$165 millones para 1978.

Malaria: El Consejo tomó nota de que se está agravando rápidamente la situación relativa a la malaria y de que se carece de recursos materiales, financieros y técnicos para poner remedio a este gravísimo problema de salud. Se pidió al Director General que reafirme el papel directriz de la OMS en la promoción y coordinación de los esfuerzos mundiales en la lucha contra la malaria y que intensifique la campaña para acrecentar los recursos financieros de fuentes bilaterales y multilaterales con destino a los programas nacionales. Se instó a los Gobiernos de los países en los cuales la malaria constituye todavía un gran problema de salud pública a adoptar la determinación de llevar adelante, con toda firmeza, las actividades antimaláricas, basadas en una evaluación atinada de la situación, y a atribuir la prioridad nacional más elevada que corresponda a estas actividades, con carácter permanente.

Salud mental: El Consejo tomó nota de que se había establecido una nueva División como resultado de la nueva orientación de este programa hacia las necesidades psicosociales de los países en desarrollo. Se atribuirá mayor relevancia a la integración de la salud mental en los servicios generales de salud. El Consejo Ejecutivo puso de relieve los graves efectos que tienen sobre la sociedad los factores "existenciales" de carácter psicosocial, en especial los efectos de la tensión en los niños durante sus años formativos. El proceso de desarrollo mismo podría ser una causa de intensa tensión en los países en desarrollo.

En Alma Ata (URSS) se celebrará, del 6 al 12 de septiembre de 1978, una *Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud*. El Consejo tomó nota, con gratitud, del apoyo y las contribuciones prometidos por el Gobierno de la URSS y el UNICEF.

Cáncer: El Consejo Ejecutivo pidió al Director General que continúe llevando adelante el programa a largo plazo de cooperación internacional en investigación del cáncer y las medidas encaminadas a asegurar el mejoramiento de la coordinación de estas actividades en el plano internacional.

La 60ª Reunión del Consejo Ejecutivo se celebrará en la Sede de la OMS el 23 de mayo de 1977.

PROYECTO PARA LA CREACION DE UNA NUEVA ESCUELA DE MEDICINA EN MEXICO

La Universidad de Sonora acaba de aprobar un proyecto para el establecimiento de su Escuela de Medicina. En febrero de 1975, a solicitud de las autoridades locales y en particular del Rector de dicha Universidad, funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud prepararon un informe que sirviera de marco de referencia para el estudio de la situación de salud en el Estado de Sonora, las características de la atención médica y el desarrollo del sector educacional.

Sonora es el segundo estado en extensión del país, con 185,000 km² (9.4% del territorio nacional). Su población es de aproximadamente 1,367,000 habitantes.

Como parte del estudio se recopilaron datos sobre los recursos para la salud en ese Estado, la demanda por estudios de medicina, los problemas de salud, los principios básicos que se adoptarían para delinear el plan de estudios de la carrera de medicina, así como un estimado de los costos del proyecto para la creación de la nueva Escuela.

A principios de 1976, la información recopilada fue analizada por la OPS/OMS y la Universidad, se discutieron las posibles alternativas con las autoridades de los servicios de salud, y se estudiaron las recomendaciones de la Reunión sobre Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en la América Latina y el Caribe (Caracas, enero de 1976).²

En diciembre de 1976, la Universidad anunció la aprobación del proyecto, que será puesto en marcha tan pronto se complete el plan de autofinanciamiento del mismo.

El proyecto se propone utilizar la infraestructura de salud del Estado de Sonora, en la cual se desarrollarán, en forma integrada, la doble función de docencia-aprendizaje y de servicio, bajo un esquema de aprendizaje de complejidad creciente, representado por las tareas y estudios organizados por los docentes y los estudiantes, de acuerdo con las necesidades de atención de la salud de la comunidad.

²Véase *Educación médica y salud* 10(2), 1976, págs. 109-139.

PROGRAMA REGIONAL DE EDUCACION EN ADMINISTRACION DE SALUD

La Organización Panamericana de la Salud ha venido desarrollando en los últimos 10 años un vasto programa de cooperación técnica a los países con el propósito central de adecuar los procesos de formación de ejecutivos de nivel alto y de nivel intermedio de los sistemas e instituciones de salud, a los problemas administrativos relacionados con la extensión de la cobertura y el mejoramiento de la calidad de la atención.

Dentro de los diversos componentes de esta cooperación técnica se destaca el Programa de Coordinación y Apoyo a la Educación en Administración de Atención de Salud, el cual es un esfuerzo conjunto y cooperativo de la OPS y la Fundación W.K. Kellogg.

La meta del Programa es el mejoramiento de la administración de la atención de la salud en la América Latina y el Caribe a fin de asegurar el liderazgo adecuado para la introducción de procesos innovativos orientados hacia la extensión de la cobertura dentro del contexto del Plan Decenal de Salud de las Américas.

El propósito general del Programa es la promoción, guía, coordinación y apoyo a la red educacional de administración de atención de la salud en la Región de las Américas dentro de un enfoque sistemático, multidisciplinario y total.

Del 28 de febrero al 4 de marzo de 1977 se celebró en San Juan, Puerto Rico, la primera reunión subregional sobre este Programa, en la que participaron funcionarios de los programas de educación en administración de atención de salud de Costa Rica, Jamaica, México y Puerto Rico, funcionarios de los Ministerios de Salud y la Seguridad Social de Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Puerto Rico y la República Dominicana, así como personal de la OPS/OMS.

Durante la reunión se revisaron los resultados del estudio de 11 programas regulares de educación en administración de atención de salud de Costa Rica, Jamaica, México y Puerto Rico; se examinaron las principales áreas de problemas que enfrentan estos programas, y se formularon recomendaciones para actividades de apoyo y seguimiento de la OPS a nivel país e interpaís, con los actuales recursos disponibles más aquellos fondos extraordinarios provenientes de la Fundación Kellogg.



In memoriam¹

DR. FRED L. SOPER

1893-1977

Director de la Oficina
Sanitaria Panamericana, 1947-1959,
Director Emérito, 1959-1977

El día 9 de febrero del presente año se cerró otro capítulo de la historia de la salud pública internacional con el fallecimiento del Dr. Fred L. Soper en su estado natal de Kansas, E.U.A. No hay más que recordar su larga y fructífera carrera para reconocer su contribución en beneficio de los pueblos de América Latina y el resto del mundo.

Poco se sabe acerca de su vida de estudiante en el Rush Medical College, donde obtuvo el título de médico en 1918, o lo que lo indujo a alejarse de su país e incorporarse a la Fundación Rockefeller en 1920 para ir a combatir la anquilostomiasis en el Brasil. Pero este fue el principio de una serie de actividades a las que dedicó su vida, siempre con un espíritu de conquista e ignorando lo que en muchas ocasiones debe haber sido una derrota.

Ya con su doctorado en salud pública de la Universidad Johns Hopkins, pasó a ser Director Regional de la propia Fundación en 1927, cargo que ocupó hasta 1942. En este período reunió a un grupo, sin carácter oficial, de especialistas en salud pública para realizar investigaciones sobre el control de la fiebre amarilla. En una época poco favorecida por condiciones ambientales propicias en el trópico brasileño, organizó sus limitados recursos

¹Tomado del *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. LXXXII, No. 2, febrero de 1977.

humanos y materiales alrededor de un concepto, estricto en disciplina pero verdaderamente eficaz, que llegó a constituir una leyenda en los anales de la lucha contra las enfermedades. En un mundo que se reducía a pasos agigantados con el advenimiento de nuevos medios de transporte y que a la larga favorecía a los insectos vectores, el Dr. Soper y su grupo emprendieron una carrera veloz contra las fuerzas de la naturaleza que rehusaban dejarse subyugar por el hombre. Carecían de las ventajas de la tecnología moderna y sin embargo tenían una inspiración en esa persona que, con su convicción firme e inalterable, los conduciría a un nuevo campo de acción, el de la erradicación de enfermedades. El Gobierno del Brasil le brindó su apoyo, no solo en su incansable labor contra la fiebre amarilla sino también en la campaña que había organizado contra la malaria, que amenazaba extenderse a toda la zona tropical de las Américas en 1938 como resultado de la introducción del mosquito *Anopheles gambiae* procedente del Africa.

Posteriormente, pero sin jamás abandonar su vocación y su dedicación a estas dos enfermedades predilectas, ni en su mente ni de hecho, el Dr. Soper participó por un tiempo como funcionario civil en la Comisión del Tifus de los E.U.A. y se trasladó a Egipto donde realizó estudios sobre el empleo de polvos insecticidas para combatir la mortífera forma de fiebre tífica que había causado estragos durante todas las guerras que precedieron a la segunda conflagración mundial y en el período posterior. El Grupo del Tifus de la Fundación Rockefeller, establecido por el Dr. Soper en 1943, prestó servicios en Argel y después en Italia donde demostró, de manera asombrosa, el valor de la nueva tecnología con polvos insecticidas para el despiojamiento, que ayudó a los ejércitos aliados a poner fin a las epidemias de tifus en Europa al final de la Segunda Guerra Mundial.

En 1947 el Dr. Soper fue elegido Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y, con el apoyo de los Gobiernos de los países del Hemisferio, convirtió su programa, bastante reducido y poco activo, en uno dinámico y de rápida y acertada expansión. Si bien la Oficina se favoreció al firmar el Dr. Soper el acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, mediante el cual se convirtió en Oficina Regional de esta para las Américas, la OSP contaba ya con 47 años de experiencia y era el organismo de salud pública intergubernamental más antiguo del mundo. Por consiguiente, durante los 12 años bajo su dirección, la Oficina emprendió importantes campañas contra las enfermedades transmisibles e inició otros tantos proyectos en los que aunaron sus esfuerzos grupos que hasta ese momento habían estado trabajando en aislamiento. La enfermera, el médico veterinario, el odontólogo, el ingeniero sanitario, el estadístico y otros se unieron al equipo de salud pública internacional y comenzó la era de intercambio de especialistas y de cooperación técnica que a la larga llevarían los beneficios de sus experiencias a todos los países y lograrían importantes avances en este campo.

Después de haber sido reelegido dos veces al cargo de Director, se le designó Director Emérito en 1959. En ese año y en 1960 el Dr. Soper prestó servicios como consultor en cuestiones de salud al programa de ayuda exterior de los E.U.A., y en los dos años subsiguientes tuvo a su cargo la dirección del recién organizado Laboratorio de Investigaciones del Cólera en Dacca, Bangladesh. A partir de 1962 trabajó durante varios años, en calidad de consultor a tiempo parcial, en la Oficina de Salud Internacional del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos.

En su labor de más de medio siglo, el Dr. Soper fue autor de más de un centenar de trabajos que fueron publicados en revistas de medicina y salud pública de numerosos países. Su libro, *Hacia la conquista de la salud*, que apareció en 1972, es una verdadera obra de solidaridad entre los pueblos, y su último esfuerzo, *La historia de la salud pública en América Latina*, que será publicado con carácter póstumo, constituirá un testamento de incalculable valor del que ya han sido y continuarán siendo beneficiarios los habitantes del mundo entero.

Libros

PUBLICACIONES DE LA OPS¹

Serie de Publicaciones Científicas, 1976

No. 316 VIII Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis (200 págs.). Precio: EUA\$4.00. *Publicada también en inglés.*

Contiene los discursos de apertura de la Reunión y el del observador del Banco Interamericano de Desarrollo, el informe final de la misma y los 16 documentos de trabajo presentados sobre los temas siguientes: importancia de la utilización de especies de animales menores para la producción de alimentos en las Américas; importancia del control de la garrapata en el desarrollo de programas de salud y producción animal en las Américas y epidemiología y control de la leptospirosis.

No. 317 First Inter-American Conference on Conservation and Utilization of American Nonhuman Primates in Biomedical Research (272 págs.). Precio: EUA\$8.00. *Español en preparación.*

Este valioso libro recoge los trabajos presentados en la Conferencia (Lima, junio de 1975), en la que se abordaron, por primera vez, los problemas que revisten la utilización de los primates no humanos como animales de experimentación en la investigación científica y, asimismo, la necesidad de conservar las especies por medio de programas de protección y colonias de crías.

En la reunión se tuvieron en cuenta tanto la opinión de los grupos dedicados a la protección de la flora y la fauna, como la de los investigadores, a fin de lograr una amplia evaluación del tema. Se puso de relieve la importancia que tienen estos animales en la investigación de enfermedades estrechamente asociadas con el hombre, la elaboración de vacunas, el control de medicamentos y productos biológicos y los procedimientos de diagnóstico.

¹Estas publicaciones se pueden adquirir al precio indicado, si se solicitan de la sede de la Oficina Sanitaria Panamericana en Washington, D.C., o de la sede de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, Suiza, según corresponda. En Sudamérica, pueden ser adquiridas a través de la Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud, OPS, Rua Botucatu 862, São Paulo, S.P., Brasil.

No. 318 New Approaches in American Trypanosomiasis Research (423 págs.). Precio: EUA\$12.00.

Contiene los 55 trabajos presentados al Simposio sobre Nuevos Enfoques en la Investigación de la Tripanosomiasis Americana (Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, marzo de 1975), convocado por la OPS, el Gobierno de Brasil, el Wellcome Trust y el Centro de Aprendizaje MEDTRONIC.

Se revisaron en la reunión los conocimientos actuales y las investigaciones que se realizan sobre la enfermedad de Chagas. Las presentaciones y los documentos de referencia abarcan los temas siguientes: el vector; el parásito y la respuesta del huésped; aspectos clínicos y de diagnóstico con énfasis en diferencias regionales; quimioterapia, insecticidas, tratamiento y control del vector; epidemiología, y proyectos de investigación.

No. 319 Métodos de fijación del complemento estandarizado cuantitativamente para la evaluación crítica de antígenos preparados con *Trypanosoma cruzi*—Por José O. Almeida y Earl H. Fife, Jr. (97 págs.). Publicada también en inglés.

La publicación refleja la labor de un Grupo Colaborador de Trabajo sobre el Diagnóstico Serológico de la Enfermedad de Chagas, patrocinado por la OPS. Se describe una nueva metodología diseñada a fin de proporcionar los datos para todos los parámetros necesarios para la evaluación crítica y objetiva de los antígenos.

Las técnicas y los métodos que se presentan están destinados a proporcionar un procedimiento para la selección objetiva del antígeno que ha de adoptarse como "estándar" de referencia y para el serodiagnóstico de la enfermedad de Chagas.

No. 320 Detección precoz del cáncer y lesiones precancerosas de la cavidad oral (49 págs.). Precio: EUA\$5.00.

Es la traducción de la edición original en inglés, *Early Detection of Oral Cancer and Precancerous Lesions*, publicada en 1973 por la Unidad de Investigación Dental Básica, Instituto Tata de Investigaciones Fundamentales, Bombay, India.

Consta de las siguientes secciones: examen oral, lesiones precancerosas de la cavidad oral, fibrosis submucosa de la cavidad oral, cáncer oral y su histopatología, procedimiento para la biopsia y procedimiento para preparar frotis bucales. Esta publicación desempeñará un papel importante como manual de referencia para médicos y odontólogos, y como medio auxiliar de enseñanza para estudiantes.

No. 321 Grupo de Estudio sobre la Enseñanza de la Salud Mental en las Escuelas de Salud Pública (98 págs.). Precio: EUA\$2.50.

El libro recoge las recomendaciones del Grupo de Estudio, así como los trabajos presentados en su reunión celebrada en Caracas en junio de 1975, que tratan sobre: enseñanza de la salud mental en las escuelas de salud pública, programas de estudio, administración en salud mental, aplicación del método epidemiológico en psiquiatría y teoría y práctica de la psiquiatría preventiva.

No. 322 El Reglamento Sanitario Internacional—Una guía práctica. —*Por P. J. Delon* (25 págs.). Precio: EUA\$1.00.

Es la traducción al español de la obra publicada por la OMS en 1975. Presenta en forma de guía práctica el Reglamento Sanitario Internacional de 1969 modificado en 1973 (antiguo Reglamento de 1951), junto con las Resoluciones WHA22.47 y WHA22.48 de la 22ª Asamblea Mundial de la Salud, para uso de los administradores de salud pública y de los encargados de velar por el cumplimiento de estas disposiciones. De acuerdo con este propósito, solo se han tomado en cuenta algunas de las más esenciales y no constituye una completa exposición del contenido del Reglamento.

No. 323 The National Food and Nutrition Survey of Guyana (111 págs.). Precio: EUA\$4.00.

Contiene el informe de la encuesta sobre alimentación y nutrición realizada en Guyana en 1971 patrocinada por el Gobierno de ese país, la OPS, la FAO y el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe.

Se incluyen datos sobre las características del ambiente ecológico humano; medidas clínicas, antropológicas y serológicas; índices de consumo de alimentos, prácticas agrícolas, y niveles socioeconómicos. Las recomendaciones de la encuesta se refieren a: economía alimentaria, producción de alimentos, instalaciones y servicios, métodos clínicos, educación e impulso de la nutrición.

No. 324 Enseñanza de la medicina preventiva y social: 20 años de experiencia latinoamericana (68 págs.). Precio: EUA\$2.50.

Esta publicación incluye los informes de los Seminarios sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social celebrados en Viña del Mar y Tehuacán (1955 y 1956), así como los de las Reuniones del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS para la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social (1968 y 1974).

En dichos Seminarios se analizaron los programas y métodos de enseñanza de la medicina preventiva y social; la organización del departamento de

medicina preventiva; la formación y las funciones del personal docente, y el papel del departamento de medicina preventiva en las actividades de los servicios de salud pública.

En la Reunión de 1968 del Comité se revisaron los temas que deben integrar la enseñanza de la medicina preventiva, y en la de 1974, se hizo una evaluación de dicha enseñanza en los últimos 20 años.

No. 325 Maternal and Child Health Strategy for the Caribbean Community (47 págs.). Precio: EUA\$2.50.

Contiene las recomendaciones emanadas de dos conferencias de Ministros de Salud de la Comunidad del Caribe sobre gastroenteritis y desnutrición, y el fortalecimiento de los servicios de salud materno-infantil.

Se analizan, entre otros asuntos, la atención pre y posnatal de la madre, el cuidado del recién nacido, la detección del cáncer, el aborto, y la planificación de la familia.

No. 326 Obtención y manejo de muestras para exámenes microbiológicos de las enfermedades transmisibles.—Por Miguel Kourány (153 págs.). Precio: EUA\$7.00.

El manual podrá servir de guía, sobre todo a las personas que trabajan en diversas instituciones de salud alejadas de los grandes centros urbanos, para la obtención, manejo y envío de muestras clínicas para el diagnóstico de laboratorio de las enfermedades transmisibles más comunes en las Américas.

Se detalla la recolección y manejo de muestras en parasitología, bacteriología y micología; la obtención de muestras de virus y rickettsias, y los procedimientos para la recolección de muestras de agua, alimentos, leche y sus derivados. Contiene asimismo una sección sobre identificación, empaque, rotulación y transporte de las muestras.

No. 327 Métodos didácticos para un aprendizaje eficaz—Guía breve para profesores de auxiliares de salud.—Por Richard E. Wakeford (65 págs.). Precio: EUA\$1.50.

Es la traducción de la obra original en inglés, *Teaching for Effective Learning—A Short Guide for Teachers of Health Auxiliaries*, publicada por la OMS.

Tiene por objeto ofrecer asistencia práctica y asesoramiento a los maestros de auxiliares de salud en la preparación de material didáctico y en el empleo más adecuado del ya disponible con el fin de obtener mejores resultados en la enseñanza. Se examinan los principios básicos, la planificación de la enseñanza, diversos medios didácticos y la evaluación de la enseñanza-aprendizaje.

328 Metodología para la formulación de políticas nacionales de alimentación y nutrición y su ejecución intersectorial—Discusiones Técnicas, XXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS (62 págs.). Precio: EUA\$2.00.

Incluye el Informe Final de las Discusiones Técnicas, el documento de trabajo que sirvió de base a las mismas, así como un estudio de la situación nutricional y alimentaria en los países de América Latina y el Caribe, en el que se hacen consideraciones sobre los aspectos siguientes: características y nivel nutricional de la población, impacto de los problemas nutricionales sobre el desarrollo económico y social, disponibilidad y utilización de recursos humanos, programas de alimentación y nutrición, e investigación nutricional en varios países.

No. 329 Riesgos del ambiente humano para la salud (362 págs.). Precio: EUA\$10.00.

Esta es la versión en español de *Health Hazards of the Human Environment*, publicado por la OMS. El libro recoge las aportaciones de 100 especialistas de 15 países, y se divide en cuatro partes. En la Parte I se consideran los riesgos ambientales desde el punto de vista de los medios que intervienen en la exposición del hombre a riesgos reales o potenciales (aire, agua, alimentos, el suelo, insectos y roedores, vivienda, etc.). La Parte II se dedica a los ensayos de la toxicidad en el laboratorio, los contaminantes del medio, los mutágenos, carcinógenos, radiaciones ionizantes y no ionizantes y el ruido. La III incluye capítulos sobre epidemiología, enfermedades transmisibles, índices del estado nutricional, índices de vectores de enfermedades, malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas, reacciones adversas a los medicamentos, cáncer e índices de trastornos mentales. La Parte IV se ocupa de los criterios y normas de saneamiento ambiental y la tecnología del saneamiento.

La información presentada ayudará al personal de salud a tomar decisiones adecuadas a sus circunstancias particulares y contribuirá asimismo al desarrollo de un enfoque racional e integrado de los problemas de higiene del medio en muchos países y en el plano internacional.

No. 330 Grupo de Estudio sobre Programas de Vacunación BCG (110 págs.) Precio: EUA\$3.00.

La OPS, con la colaboración del Gobierno de México, convocó este Grupo de Estudio que reunió a los dirigentes de salud en materia de tuberculosis y vacunación BCG de América Latina a fin de analizar la situación actual en cuanto a la cobertura de la inmunización contra la tuberculosis; revisar los adelantos en los conocimientos técnicos y su aplicación, y formular las recomendaciones sobre la vacunación BCG.

La publicación incluye nueve trabajos presentados sobre: programación de

la vacunación BCG, evaluación operativa y evaluación epidemiológica de la vacunación BCG. Contiene, además, una introducción sobre el estado actual de los programas de vacunación BCG en América Latina, y el informe final con las recomendaciones formuladas.

No. 331 Criterios y técnicas para el diagnóstico de la sífilis precoz (18 págs.).
Precio: EUA\$1.00.

Es la traducción del original publicado en inglés por el Centro para el Control de Enfermedades de los E.U.A. (CDC). Contiene los criterios establecidos por el Centro para el diagnóstico de la sífilis primaria, secundaria, latente y congénita, y las técnicas para la obtención del material y el examen del mismo: microscopia de campo oscuro, técnicas de anticuerpos fluorescentes, examen de líquido cefalorraquídeo y pruebas serológicas.

Se presentan, asimismo, los planes de tratamiento recomendados para la sífilis precoz, congénita, la de duración superior a un año y la que se presenta en el embarazo. Por último, se hacen observaciones respecto a la vigilancia ulterior y nuevo tratamiento.

No. 332 Informe del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS para la Enseñanza de Enfermería en Salud Comunitaria (22 págs.).
Precio: EUA\$1.00.

Este informe aborda la problemática de la enfermería en salud comunitaria en América Latina; los conceptos y enseñanza de esta materia; el significado de las necesidades de salud y de las tendencias en la prestación de servicios de enfermería en salud comunitaria, y la función y características de un libro de texto y fuentes de consulta. Además, se trata de la situación actual de la enseñanza de la materia y de los nuevos enfoques de esa enseñanza.

No. 333 La epidemiología y la enfermería (16 págs.). Precio: EUA\$1.00.
Publicada también en inglés.

Contiene el informe final y las recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre Epidemiología y el Ejercicio de la Enfermería convocado por la OPS, con la colaboración del Centro para el Control de Enfermedades de los E.U.A., para examinar aspectos específicos de la epidemiología en la enfermería y su aplicación en la prestación de servicios de atención de la salud. Entre las recomendaciones, se destacan las relativas a capacitación de enfermeras mediante cursillos de epidemiología, con especial énfasis en vigilancia epidemiológica y control de infecciones.

No. 334 IX Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis (196 págs.). Precio: EUA\$4.00. *Publicada también en inglés.*

Presenta el informe final de la Reunión, que incluye las resoluciones aprobadas en relación con una serie de aspectos de importancia para los programas de salud animal y salud pública veterinaria en las Américas. También se incluyen los documentos de trabajo sobre: producción, control y distribución de productos biológicos veterinarios por parte de los Gobiernos y sus organismos; sistemas cuarentenarios para el control de la fiebre aftosa; función de las especies silvestres en la transmisión de enfermedades zoonóticas, e infertilidad del ganado bovino y su relación con el desarrollo ganadero y la producción de alimentos.

No. 335 Fluoruración de la sal (85 págs.). Precio: EUA\$2.50.

En este libro se recopilan los artículos que ha venido publicando el *Boletín de la OSP* a partir de noviembre de 1972 bajo el título "Fluoruración de la sal en cuatro comunidades colombianas". Esta investigación—financiada con una subvención del Instituto Nacional de Investigaciones de Odontología de los E.U.A. y la colaboración técnica de la OPS—tuvo por objeto determinar las posibilidades de la fluoruración de la sal común como método práctico de prevenir la caries dental en gran escala.

El volumen comprende artículos sobre estudio censal y selección de la muestra; estudio básico de la caries dental; estudio del crecimiento y desarrollo; encuesta dietética en Armenia y Montebello; encuesta dietética en Don Matías y San Pedro; ingesta de sal; relación entre algunos nutrientes y la caries dental, y resultados obtenidos de 1964 a 1972.

No. 336 Tratamiento y prevención de la deshidratación en las enfermedades diarreicas—Guía para uso del personal de atención médica primaria (22 págs.). Precio: EUA\$2.00.

Es la traducción del texto original preparado en inglés por los Servicios de Enfermedades Bacterianas, Salud de la Madre y el Niño, y de Nutrición de la OMS. Está dirigido a las personas encargadas de la capacitación del personal de asistencia médica primaria para auxiliarlas en la elaboración de sus propias normas adaptadas a las necesidades y recursos locales.

Incluye técnicas ampliamente probadas y aceptadas para el tratamiento y prevención de la deshidratación debida a enfermedades diarreicas agudas. Contiene cuadros, figuras y gráficos que la hacen accesible a un amplio sector del público en general; y anexos sobre preparación y administración de líquidos, gráfico del crecimiento, y el tratamiento de la deshidratación en caso de diarrea.

Documentos Oficiales

(Disponibles en español e inglés, excepto en los casos indicados)

No. 139 XXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XXVII Reunión del Comité Regional de la OPS para las Américas (Washington, D.C., septiembre-octubre de 1975). Informe Final (86 páginas, edición bilingüe).

No. 140 Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo (enero-diciembre de 1975) (128 páginas).

No. 141 Proyecto de Programa y Presupuesto: OPS, 1977; OMS, 1978, y OPS, Anteproyecto, 1978 (527 páginas).

No. 142 XXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XXVII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas (Washington, D.C., septiembre-octubre de 1975). Actas resumidas. (185 páginas, edición bilingüe).

No. 143 Informe Anual del Director, 1975 (197 páginas).

143—A Anexo al Informe Anual del Director, 1975. Actividades por proyecto (302 páginas).

No. 144 Actas de las 75^a y 76^a Reuniones del Comité Ejecutivo de la OPS (Washington, D.C., octubre de 1975 y junio de 1976) (248 páginas, edición bilingüe).

INFORMACION A LOS AUTORES

Educación médica y salud gustosamente considerará para su publicación:

a) Artículos sobre educación y adiestramiento de personal para la salud en su concepto más amplio, especialmente los relacionados con planificación, desarrollo y evaluación de programas de enseñanza, nuevos métodos educacionales e investigación en educación médica y desarrollo de recursos humanos para la salud. En lo posible, no deberán exceder de 3,000 palabras y habrán de venir acompañados de un resumen breve. Las referencias bibliográficas

deben adherirse a las normas del *Index Medicus* y ser presentadas, en hoja aparte, en el orden en el cual aparecen citadas en el texto. Los cuadros, gráficas y diagramas deben venir en hoja separada.

b) Noticias breves de interés para los educadores médicos a nivel internacional.

c) Reseñas de libros y artículos de particular importancia en el campo de la educación médica.

Los textos deben venir mecanografiados a doble espacio y con margen amplio a ambos lados y pueden ser escritos en español, inglés, portugués o francés.

El cuerpo editorial de la revista seleccionará los artículos que considere apropiados para ser publicados y, cuando sea pertinente, tomará a su cargo la traducción al español y las modificaciones editoriales. Consultará con el autor las modificaciones que impliquen cambios de fondo y, en lo posible, le comunicará la aceptación de su trabajo y la fecha probable de publicación. En ningún caso se devolverán los manuscritos originales.

Los autores de artículos publicados recibirán, gratuitamente, 50 reimpresos y podrán solicitar un número adicional según condiciones que serán convenidas para cada caso en particular.

NOTICE TO AUTHORS

Educación médica y salud will be pleased to consider for publication:

a) Articles on education and training of health personnel in the broadest sense, particularly with regard to the planning, implementation and evaluation of teaching programs, new educational techniques and research in medical education, and the development of human resources for health. As far as possible, the articles should be limited to 3,000 words and the author should enclose a short summary. Bibliographical reference should adhere to

Index Medicus standards and should be submitted on a separate page in the order in which they appear in the text. Illustrations, tables and diagrams should also appear on a separate page.

b) Short news items of interest to medical educators at the international level.

c) Review of books and articles of particular importance to medical education.

The text should be typewritten, double spaced, and have an ample margin on both sides; it may be written in English, Spanish, Portuguese or French.

The editorial staff will select those articles which it considers suitable for publication and, where appropriate, will assume responsibility for translation into Spanish, or for any editorial changes. The staff in question will consult any substantive changes with the author and, as far as possible, inform him of the acceptance of his contribution and its probable publication date. In no case can the original manuscript be returned to the author.

The author of any published article will receive 50 reprints free of charge and may request additional numbers which will be furnished in accordance with conditions to be agreed on in each particular case.

PUBLICACIONES CIENTIFICAS RECIENTES DE LA OPS

	Precio EUAS
No. 340 Formación académica de nutricionistas-dietistas en América Latina—Guía para el desarrollo de planes de estudio y programas de enseñanza. 1977 (En prensa.)	5.00
No. 339 Intercambios placentarios de la especie humana, por W. L. Benedetti y O. Althabe. 1977 (En prensa.)	2.50
No. 338 Estudio de la morfología de <i>Simulium metallicum</i> , vector de la oncocercosis en Venezuela, por J. Ramírez Pérez. 1977 (En prensa.)	4.00
No. 337 Encuesta sobre las características del hábito de fumar en América Latina. 1977 (En prensa.)	2.50
No. 336 Tratamiento y prevención de la deshidratación en las enfermedades diarreicas—Guía para el uso del personal de atención médica primaria. 1977 (23 págs.)	2.00
No. 335 Fluoruración de la sal. 1976 (90 págs.)	2.50
No. 334 Animal Health: Programs and Trends in the Americas, 1976. Proceedings of the IX Inter-American Meeting, at the Ministerial Level, on Foot-and-Mouth Disease and Zoonoses Control. 1976 (184 pp.)	4.00
No. 334 Salud animal: Programas y tendencias en las Américas, 1976. Documentos de la IX Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis. 1976 (196 págs.)	4.00
No. 333 Epidemiology and Nursing. 1976 (15 pp.)	1.00
No. 333 La epidemiología y la enfermería. 1976 (17 págs.)	1.00
No. 332 Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS para la Enseñanza de Enfermería en Salud Comunitaria. 1976 (22 págs.)	1.00
No. 331 La sífilis: Criterios y técnicas para el diagnóstico precoz y planes de tratamiento. 1976 (18 págs.)	1.00
No. 330 Grupo de Estudio sobre Programas de Vacunación BCG en América Latina. 1976 (108 págs.)	3.00
No. 329 Riesgos del ambiente humano para la salud. 1976 (368 págs.)	10.00
No. 328 Discusiones Técnicas: Metodología para la formulación de políticas nacionales de alimentación y nutrición y su ejecución intersectorial. 1976 (62 págs.)	2.00
No. 327 Métodos didácticos para un aprendizaje eficaz—Guía breve para profesores de auxiliares de salud, por R. E. Wakeford. 1976 (65 págs.)	1.50
No. 326 Obtención y manejo de muestras para exámenes microbiológicos de las enfermedades transmisibles, por M. Kourany. 1976 (153 págs.)	7.00
No. 325 Maternal and Child Health Strategy for the Caribbean Community. 1976 (47 pp.)	2.50
No. 324 Enseñanza de la medicina preventiva y social: 20 años de experiencia latinoamericana. 1976 (69 págs.)	2.50
No. 323 Food and Nutrition Survey of Guyana. 1976 (111 pp.)	4.00
No. 322 El Reglamento Sanitario Internacional—Una guía práctica, por P. J. Delon. 1976 (25 págs.)	1.00
No. 321 Grupo de estudio sobre la enseñanza de la salud mental en las escuelas de salud pública. 1976 (98 págs.)	2.50
No. 320 Detección precoz del cáncer y lesiones precancerosas de la cavidad oral. 1976 (49 págs.)	5.00
No. 319 Quantitatively Standardized Complement-Fixation Methods for Critical Evaluation of Antigens Prepared from <i>Trypanosoma cruzi</i> , by J. O. Almeida and E. H. Fife. 1976 (91 pp.)	5.00
No. 319 Métodos de fijación del complemento estandarizado cuantitativamente para la evaluación crítica de antígenos preparados con <i>Trypanosoma cruzi</i> , por J. O. Almeida y E. H. Fife. 1976 (97 págs.)	5.00
No. 318 New Approaches in American Trypanosomiasis Research. 1976. (423 pp.)	12.00
No. 317 First Inter-American Conference on Conservation and Utilization of American Nonhuman Primates in Biomedical Research. 1976 (272 pp.)	8.00
No. 317 Primera Conferencia Interamericana sobre la Conservación y Utilización de Primates no Humanos en las Investigaciones Biomédicas (En prensa.)	8.00
No. 316 VIII Inter-American Meeting, at the Ministerial Level, on Foot-and-Mouth Disease and Zoonoses Control. 1976 (187 pp.)	4.00
No. 316 VIII Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis. 1976 (203 págs.)	4.00
No. 315 Cases of Notifiable Diseases in the Americas, 1973. 1976 (65 pp.)	1.00
No. 315 Casos notificados de enfermedades de declaración obligatoria en las Américas, 1973. 1976 (65 págs.)	1.00
No. 314 Informe de la Séptima Reunión del Comité Regional Asesor sobre Estadísticas de Salud. 1976 (45 págs.)	1.00
No. 314 Report of the Seventh Meeting of the Regional Advisory Committee on Health Statistics. 1976 (44 pp.)	1.00
No. 313 Competency-based Curriculum in Veterinary Public Health. 1975 (115 pp.)	5.00
No. 312 Grupo de Estudio sobre Diabetes Mellitus. 1975 (103 págs.)	3.00
No. 311 Manual de reacciones para el diagnóstico de la sífilis. 1975 (88 págs.)	4.00
No. 310 Quimioterapia de la tuberculosis. 1975 (69 págs.)	3.00
No. 309 Crecimiento de niños brasileños: Peso y altura en relación con la edad y el sexo y la influencia de factores socioeconómicos. 1975 (73 págs.)	1.50
No. 308 Reported Cases of Notifiable Diseases in the Americas, 1970-1972. 1975 (114 pp.)	1.00
No. 308 Casos notificados de enfermedades de declaración obligatoria en las Américas, 1970-1972. 1975 (113 págs.)	1.00
No. 307 Manual de procedimientos estandarizados para el serodiagnóstico de las micosis sistémicas. Parte II. Reacciones de fijación del complemento. 1975 (42 págs.)	1.50
No. 306 Epidemiology of Abortion and Practices of Fertility Regulation in Latin America. 1975 (152 pp.)	7.50
No. 305 A Fluorescent-Antibody Technique for the Detection of Enterotoxin-Producing Cells of <i>Clostridium perfringens</i> Type A. 1975 (29 pp.)	1.00
No. 304 Mycoses—Proceedings of the Third International Conference on the Mycoses. 1975 (275 pp.)	10.00

Se pueden enviar pedidos directamente a la Oficina Sanitaria Panamericana, 525 Twenty-Third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, E.U.A. En Sudamérica, se pueden enviar pedidos a: Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud, OPS, Rua Botucatu 862, São Paulo, S.P., Brasil.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

La OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, hasta 1923 denominada Oficina Sanitaria Internacional, tuvo su origen en una resolución de la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos (México, enero de 1902) que recomendó celebrar "una convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las repúblicas americanas". Esta convención tuvo lugar en Washington, D.C., del 2 al 4 de diciembre de 1902 y estableció la Oficina con carácter permanente. El Código Sanitario Panamericano, firmado en La Habana en 1924 y ratificado por los Gobiernos de las 21 repúblicas americanas, confirió funciones y deberes más amplios a la Oficina como órgano central coordinador de las actividades sanitarias internacionales en las Américas. La XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, 1947) aprobó un plan de reorganización en virtud del cual la Oficina se convirtió en el órgano ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana, cuya Constitución fue aprobada por el Consejo Directivo en su primera reunión celebrada en Buenos Aires ese mismo año.

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana (San Juan, Puerto Rico, 1958) decidió cambiar el nombre de la Organización Sanitaria Panamericana por el de Organización Panamericana de la Salud. El nombre de la Oficina no fue modificado.

En virtud del acuerdo celebrado entre la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, en 1949, la Oficina Sanitaria Panamericana asumió las funciones de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. La Organización Panamericana de la Salud es reconocida también como organismo especializado interamericano en el campo de salud pública con la más amplia autonomía en la realización de sus objetivos.

Los propósitos fundamentales de la Organización Panamericana de la Salud son la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes. En el cumplimiento de sus propósitos, la Oficina colabora con los Gobiernos Miembros en pro del desarrollo y mejoramiento de los servicios nacionales y locales de salubridad, facilita los servicios de consultores, concede becas de estudio, organiza seminarios y cursos de capacitación, coordina las actividades de los países limítrofes en relación con problemas comunes de salud pública, recopila y distribuye información epidemiológica y datos de estadística de salud, y desempeña otras funciones afines. Su Director es el Dr. Héctor R. Acuña.

GOBIERNOS MIEMBROS DE LA OPS

Argentina
Bahamas
Barbados
Bolivia
Brasil
Canadá
Colombia

Costa Rica
Cuba
Chile
Ecuador
El Salvador
Estados Unidos
de América

Guatemala
Guyana
Haití
Honduras
Jamaica
México
Nicaragua

Panamá
Paraguay
Perú
República Dominicana
Surinam
Trinidad y Tabago
Uruguay
Venezuela

GOBIERNOS PARTICIPANTES

Francia

Reino de los Países Bajos

Reino Unido

OFICINAS DE AREA

Area I, Apartado 6722
Caracas, Venezuela

Area III, 12 Calle 6-15, Zona 9
Guatemala, Guatemala

Area V, OPAS/OMS
Caixa Postal 04-0229
Brasilia, D.F., Brasil

Area II, Havre 30, 3^{er} piso
México, D.F., México

Area IV, Casilla 2117
Lima, Perú

Area VI, Charcas 684, 4^o piso
Buenos Aires, Argentina

Oficina de Campo

509 U.S. Court House
El Paso, Texas, E.U.A.

OFICINA CENTRAL

525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.

CONTENIDO

EDITORIAL: EN EL 75° ANIVERSARIO DE LA OPS

HISTORIA DE LA MEDICALIZACION

ATENÇÃO À SAÚDE E EDUCAÇÃO MÉDICA

INVESTIGACION EN SALUD MATERNOINFANTIL

ATENÇÃO A INFANCIA EM SERVIÇO COMUNITÁRIO
LIGADO A UNIVERSIDADE

IX CONFERENCIA DE ESCUELAS DE SALUD PUBLICA

LA MEDICINA Y LOS MEDICOS DEL MAÑANA

TALLER DE EDUCACION MEDICA

EL VALOR Y EL COSTE DE LA SALUD

59° REUNION DEL CONSEJO EJECUTIVO DE LA OMS

PROYECTO PARA UNA NUEVA ESCUELA DE MEDICINA
EN MEXICO

PROGRAMA REGIONAL DE EDUCACION EN
ADMINISTRACION DE SALUD

IN MEMORIAM: DR. FRED L. SOPER

PUBLICACIONES DE LA OPS, 1976

