

Volumen 25, No. 3
Julio/septiembre 1991

Educación Médica y Salud

**RECURSOS HUMANOS EN SALUD:
NUEVOS CAMPOS DE TRABAJO**

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

Revista trimestral de la Organización Panamericana de la Salud, creada en 1966 para servir a los países de las Américas en relación con sus actividades de desarrollo de recursos humanos en ciencias de la salud. En ella se dan a conocer experiencias en el proceso de enseñanza-aprendizaje, resultados de investigaciones, documentos de trabajo e informes de reuniones de importancia para la formación de personal de salud.

La Organización Panamericana de la Salud publica también las series de **Publicaciones Científicas**, **Cuadernos Técnicos** y **Documentos Oficiales**, y otras publicaciones periódicas, incluyendo el **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, revista mensual y órgano principal de información científica y biomédica de la OPS y el **Bulletin of PAHO**, revista trimestral que contiene material seleccionado especialmente por su interés para los países de habla inglesa de la Región de las Américas.

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

ISSN 0013-1091

Últimos números publicados:

Vol. 25, No. 1: Fuerza de Trabajo en Salud: La experiencia de Brasil

Vol. 25, No. 2: Experiencias en Desarrollo de Recursos Humanos en la Región de las Américas

Próximo número:

Vol. 25, No. 4: Número Especial XXV Aniversario: La Perspectiva Latinoamericana en Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud

Educación Médica y Salud

Volumen 25, No. 3
Julio/septiembre 1991

ARTICULOS

- 223 **Cuba: la interrelación hospital-médico de la familia dentro de las estrategias de la atención primaria de salud.** *Raúl Gómez Cabrera y Boris Klaindorf Shainblatt*
- 241 **Coleta de dados para pesquisas em enfermagem no Brasil—estratégias, validade e confiabilidade.** *Silvia Helena de Bortoli Cassiani y Nilza Teresa Rotter Pelá*
- 254 **México: la formación de recursos humanos en economía de la salud.** *Armando Arredondo, Carlos Cruz y Patricia Hernández*
- 268 **Guatemala: la participación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos en proyectos comunitarios de desarrollo en salud.** *Geraldine Grajeda y Ernesto Velásquez Pérez*
- 280 **Bolivia: análisis de la utilización de los egresados de la maestría en salud pública.** *Mary R. de Llerena, Rosario Velásquez y Carmen Rosa Serrano*
- 315 **INCAP: actualización de conocimientos de médicos, utilizando técnicas de educación a distancia.** *Verónica M. de Palma, Hernán Delgado y Magda Fischer*
- 325 **Colombia: efectos de un programa educativo estructurado en las actitudes de la persona vieja hacia la vejez.** *Elba Becerra Moncayo, Margarita Cerna Barba, Julia Lerma González y Nohemy Barona de Infante*

RESEÑA

- 333 **Ciencias veterinarias y sociedad: reflexiones sobre el paradigma profesional.** *Félix J. Rosenberg y Raúl Casas Olascoaga*
- 346 **NOTICIAS**

CONSEJO EDITORIAL DE EDUCACION MEDICA Y SALUD:

- Dr. José Roberto Ferreira, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS (Presidente)
- Dr. Jorge Haddad, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS (Secretario)
- Dr. Jean Pillet, Banco Mundial
- Dr. Carlos Martini, American Medical Association
- Dr. Manuel Bobenrieth, Programa de Información Científico-técnica en Salud, OPS
- Ing. Horst Otterstetter, Programa de Salud Ambiental, OPS

INFORMACION PARA LOS AUTORES

1. Los artículos enviados para publicación serán inéditos y así han de permanecer hasta su aparición en *Educación Médica y Salud*. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) se reserva todos los derechos de propiedad del material recibido.

2. Los originales se remitirán al Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, Organización Panamericana de la Salud, 525, 23rd Street, NW, Washington, DC, 20037, EUA.

3. Los artículos deberán tratar directa o indirectamente sobre temas de educación y adiestramiento de personal de salud en su concepto más amplio, especialmente los relacionados con planificación, desarrollo y evaluación de programas de enseñanza, nuevos métodos educacionales, investigación de educación médica y desarrollo de recursos humanos para la salud.

4. La OPS se reserva el derecho de aceptar o rechazar, de acuerdo a las recomendaciones del Consejo Editorial, los trabajos recibidos. También se reserva el derecho de realizar cualquier revisión editorial que estime necesaria, incluso la condensación u omisión de parte del texto, cuadros, ilustraciones y anexos.

5. Deberán incluirse los nombres del autor y de los coautores, el nombre de la institución a que pertenecen y la dirección postal del autor.

6. Cada artículo incluirá una introducción donde se explique la razón por la cual se ha llevado a cabo el trabajo y lo que se espera que aporte en el campo científico; conclusiones y recomendaciones, de ser pertinentes, **y terminará con un resumen que dé una idea precisa del contenido.**

7. La lista de referencias y la bibliografía se ajustarán a las normas seguidas en la revista: apellido del autor e iniciales del nombre; título del trabajo o del libro en su idioma original; nombre completo de la revista, de la casa editora, o de la institución; lugar de publicación (ciudad y país); y volumen, página y fecha de publicación. Las referencias deben aparecer en el texto por orden numérico consecutivo (números arábigos en paréntesis y subrayados), en el mismo orden en que se agrupan al final del trabajo.

8. El autor podrá solicitar gratis 10 ejemplares del número en que aparece su artículo.

CUBA: LA INTERRELACION HOSPITAL-MEDICO DE LA FAMILIA DENTRO DE LAS ESTRATEGIAS DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD¹

Raúl Gómez Cabrera² y Boris Klaindorf Shainblatt³

INTRODUCCION — MARCO DE REFERENCIA

El marco teórico y político sobre el cual se sustenta la atención de salud a toda la población se ha desarrollado durante las últimas décadas, desde las formas más simples de extensión de la cobertura de los servicios pasando por formas más complejas de sistemas escalonados de atención y redes de servicios hasta las más recientes enunciadas en las estrategias de la atención primaria de salud (APS) y los sistemas locales de salud (SILOS).

Estos criterios pretenden, entre otras cosas, equilibrar la distribución de los recursos humanos y materiales y descongestionar los servicios hospitalarios de aquellas actividades que puedan tener la posibilidad de un alto índice de resolución de problemas a menor costo. Esto significa el establecimiento de redes de servicios de complejidad creciente donde el hospital se conceptúa de hecho como el centro geográfico, y su área de influencia se extiende a las unidades de atención médica periféricas. Esta concepción además de dar respuesta a una de las formas de la regionalización de los servicios permite poner énfasis en las actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades como elemento factible para disminuir los costos de la atención y de otras actividades de recuperación de la salud.

¹ Con la colaboración de Piedad Almandoz Madan, Jefa, Departamento Trabajo Social, Hospital "Hermanos Ameijeiras", y de Bertha González Valcárcel, Jefa, Departamento de Educación para la Salud, Hospital "Hermanos Ameijeiras", Cuba.

² Director, Hospital "Hermanos Ameijeiras", Cuba.

³ Vicedirector, Hospital "Hermanos Ameijeiras", Cuba.

Este marco teórico se ha desarrollado en los países de la Región con resultados variables. Algunos de los factores que han influido en las diversas formas de respuestas están dados por la falta de voluntad política de los gobiernos y, en otros casos, por la imposibilidad de coordinar las acciones de las distintas unidades de complejidad variable que intervienen en la red de servicios, por la falta de recursos materiales y humanos así como ausencia de una determinación clara de la cobertura del sistema. En muchos casos se han establecido redes de atención con criterios de "medicina simplificada", orientada fundamentalmente a poblaciones de escasos recursos económicos, principalmente grupos étnicos y población rural y urbano-marginal. En otros casos el intento de creación de la red de servicios fortaleció el poder central del hospital, fundamentalmente en aspectos burocráticos, sin que se produjera realmente una transferencia de recursos materiales y humanos y de los niveles decisorios hacia las llamadas unidades periféricas. De hecho, cualquier trabajador de salud de las unidades no hospitalarias se consideraba como trabajador de categoría inferior.

La influencia burocrática hizo que los sistemas de referencia y contrarreferencia se convirtieran en procedimientos fríos, en los que la información del hospital hacia las unidades periféricas era prácticamente inexistente.

En muchos casos al materializarse la idea de la regionalización de los servicios se hizo hincapié en las unidades no hospitalarias, orientando las acciones hacia el fomento de la salud y la prevención de enfermedades, sin tener en cuenta suficientemente los aspectos sociales, culturales, sociopolíticos y económicos de la población a las que iban dirigidas con una evidente subestimación del papel del hospital dentro de la red, dedicándose pocos recursos para su dotación y desarrollo; esto provocó un desbalance en los intentos de establecer un sistema lógico de referencia y contrarreferencia; es decir, en la mayoría de los casos no se ha logrado un equilibrio coherente entre las funciones y relaciones de las distintas unidades de la red y el sentido de pertenecer a un solo sistema, con una responsabilidad común y compartida en la atención de salud de la población.

La atención primaria de salud, como estrategia de atención a la población, supone transformaciones en la concepción tradicional de los servicios que modifican la distribución de los recursos humanos y materiales entre las distintas unidades que constituyen el sistema de salud. Las formas de relación de los diversos niveles de atención significa una distribución equitativa del poder, donde las unidades de salud, ordenadas en una red escalonada de servicios, participen en atender a un sector de población, sin que se produzcan relaciones hegemónicas de trabajo entre las distintas unidades del sistema.

La APS abarca, además de las unidades del sistema, el contexto externo del mismo, en sus aspectos jurídico-institucionales, socioeconómicos y sociopolíticos. De modo que, desde estas perspectivas, la APS cons-

tituye un enfoque técnico-político con un alto contenido ideológico y no solo un enfoque meramente técnico.

La APS, como estrategia, requiere la redistribución de los recursos así como un nivel alto de participación, tanto del personal de salud como de la comunidad, incluidas sus organizaciones formales e informales.

En muchos países, al definir sus políticas nacionales de salud, se refuerza el papel tradicional del hospital como elemento dominante en el modelo de atención biomédico curativo. La tecnología de avanzada, la industria farmacéutica y el médico como elemento central rector, constituyen los elementos dominantes del equipo de salud. Todo el sistema de relaciones entre el hospital y el resto de las unidades del sistema dependen en gran medida de este poder hegemónico, dado o asumido por el hospital, al considerarse este tipo de unidad como centro y eje de toda la atención médica que se brinda a la comunidad.

El enfoque eminentemente biomédico del proceso salud-enfermedad opaca y oculta otros factores psicológicos, sociales, económicos y políticos que también intervienen en el proceso, subestimándose el papel de otros tipos de servicios que se brindan en otros niveles de atención fuera del ámbito hospitalario.

Por ello, se hace necesario modificar las concepciones rígidas tradicionales del hospital por otras que lo conviertan en una institución ágil y flexible que permita su vinculación estrecha con otros tipos de unidades de la red de servicios de salud y de la propia comunidad que atiende, de manera que comparta su responsabilidad no solo en la atención al enfermo sino también en la promoción de salud, la prevención de enfermedades y la rehabilitación física y social de los pacientes.

El vínculo entre el hospital y el resto de la red de servicios, organizados como sistema que atiende a la población dentro de un espacio geográfico determinado, conforman lo que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha denominado actualmente un sistema local de salud (SILOS).

Dentro de los SILOS, cada unidad del sistema posee responsabilidades específicas y una capacidad concreta para la solución de problemas, de modo que aquellos que no puedan ser resueltos, por estar más allá de esa capacidad predeterminada, deben trasladarse a otros niveles de mayor complejidad. De esta manera se materializa la concepción de que los SILOS constituyen sistemas escalonados de servicios de complejidad variable, en los que los canales de comunicación y de referencia y contrarreferencia de pacientes están claramente definidos o, expresado en otros términos, permiten el intercambio de información y el flujo de pacientes de una unidad de menor complejidad y capacidad de solución de problemas hacia otra de mayor complejidad y posibilidades de solución de esos problemas y viceversa.

Algunos países, al reflejar las estrategias de la APS en sus políticas nacionales de salud, han subestimado el papel indiscutible que desempeña el hospital dentro de la red de servicios, reorientando sus acciones hacia las unidades de menor complejidad; es decir transferir recursos *del centro a la periferia*, del hospital hacia los centros de salud y otras unidades de menor complejidad. Algunas de estas concepciones han pretendido desplazar el eje de la atención médica del segundo al primer nivel, originando un estancamiento en el desarrollo del segundo nivel de atención que le ha impedido desempeñar su rol dentro de un sistema escalonado de prestación de servicios.

Desde el punto de vista conceptual se ha planteado la transformación del concepto de *hospital base* por el de *hospital de apoyo*, lo que consideramos no modifica en lo esencial la problemática de garantizar la atención médica integral a la población sana o enferma dentro del concepto de los SILOS.

Se puede argumentar que el hospital es *base* porque en él se concentran inevitablemente tecnologías complejas y recursos humanos que no pueden ser desplazados al primer nivel de atención, no solo por su alto costo sino también por su escasa utilización. Igualmente se puede argumentar que las llamadas unidades periféricas constituyen la *base* de los SILOS ya que en ellas se resuelven gran parte de los problemas de salud por medio de tecnologías de menor costo y complejidad, y se convierten de hecho en un filtro para el flujo de pacientes que innecesariamente concurren espontáneamente al segundo nivel de atención.

Todo esto permite pensar que las opciones no consisten de concepciones teóricas sobre el papel centrista del hospital o de las unidades periféricas sino en la toma de conciencia de la necesidad de la responsabilidad compartida, con una distribución efectiva y eficiente de los recursos materiales, humanos y del poder de decisión que le corresponde a cada una de las unidades dentro de los SILOS. Un factor importante lo constituye la participación de la comunidad y de sus organizaciones sociales en los planes locales de salud a partir de sus necesidades, sentidas o no y modificadas mediante acciones educativas.

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN CUBA (SNS)

Con anterioridad al triunfo de la revolución en 1959, la atención médica a las masas populares se caracterizó por la ausencia de un sistema que garantizara los niveles mínimos de acción que permitieran dar respuesta efectiva a sus necesidades más perentorias. El hambre, la desnutrición, la falta de empleo y el analfabetismo constituían un pesado lastre, especialmente para los obreros y campesinos, cuya precaria situación socioeconómica constituía caldo de cultivo para generar altos índices de en-

fermedades, principalmente infecto-contagiosas así como elevadas tasas de mortalidad infantil y materna.

En 1960 se promulgó la Ley del Servicio Médico Rural y se inició la red de hospitales rurales; se completó la construcción de algunos hospitales urbanos y se decretó la gratuidad de los servicios médico-asistenciales. Progresivamente se fue gestando el Sistema Nacional de Salud mediante planes de extensión de la cobertura, y la nacionalización de las clínicas privadas y mutualistas. Entre 1961 y 1962 se creó el Ministerio de Salud Pública⁴ y su reglamento orgánico como una institución de carácter normativo central y la descentralización de las actividades administrativas. Surgen las Direcciones Regionales de Salud y las unidades zonales en los municipios del país, perfilándose un sistema escalonado y regionalizado de prestación de servicios. Los lineamientos generales de la política nacional de salud plantearon, como un instrumento insoslayable dentro de la concepción de la participación democrática de la sociedad en la solución de sus propios problemas, la participación organizada del pueblo en la solución de sus problemas de salud.

En 1964 se fueron creando los policlínicos con un criterio esencialmente asistencial y un año después se definió el concepto de "área de salud", convirtiéndose los policlínicos en unidades integrales con la introducción de los "programas básicos del área" con una orientación preventivo-curativa que incluía la atención al medio ambiente.

En 1968 el "área de salud" se subdivide en sectores de 3000 a 5000 habitantes y surgen el médico y la enfermera del sector; se generalizan las campañas de vacunación y la lucha contra las enfermedades diarreicas agudas; es notoria la disminución de las tasas de mortalidad infantil, tuberculosis, paludismo, etc. Se consolida la función de las organizaciones populares como gestores y actores de las actividades de salud, principalmente los Comités de Defensa de la Revolución y las organizaciones de mujeres y campesinos.

Durante el decenio de 1970 se consolidó el Sistema Nacional de Salud coincidentemente con el proceso de institucionalización de la nación, la creación de los Organos del Poder Popular y la nueva división político-administrativa del país.

Se desarrolló la infraestructura del sistema con la construcción de hospitales, policlínicos y otros tipos de unidades en función del perfeccionamiento de la atención médica de los sistemas locales de salud. En 1976 se produjeron modificaciones importantes en la concepción del policlínico con la creación de los primeros policlínicos comunitarios.

Con el perfeccionamiento de los órganos de gobierno se profundizó el trabajo metodológico normativo del Ministerio de Salud Pública

⁴ Antiguo Ministerio de Salubridad y Asistencia Social.

y la Dirección Administrativa de los Organos Locales de Gobierno así como el principio de la doble subordinación y la transferencia de los niveles decisorios en los aspectos administrativos y operativos hacia las estructuras de base.

En esa etapa hubo un desarrollo acelerado de la formación de recursos humanos de nivel universitario y medio, así como de la industria médico-farmacéutica y de las unidades de investigación.

En 1984 se inician cambios significativos en la concepción del primer nivel de atención al introducirse la figura del médico de la familia que vive y trabaja dentro de su comunidad y que atiende integralmente una población de 600 habitantes aproximadamente. Así, mejoran las posibilidades de conocer y atender el universo de la población asignada, controlar los grupos de riesgo, distribución de la población e influir directamente sobre el individuo, la familia y la comunidad en los aspectos concernientes a la promoción de salud y prevención de enfermedades.

Estas modificaciones influyeron positivamente en los cambios que se produjeron en las unidades del segundo y del tercer nivel de atención a fin de adecuar sus estructuras y funciones a los nuevos criterios, sobre un sistema escalonado y coherente de atención integral a toda la población.

Los aspectos más importantes de las transformaciones ocurridas en el SNS consisten en el acercamiento de la atención ambulatoria del segundo nivel de atención al primer nivel, al desplazar algunas interconsultas de hospital hacia el policlínico del área, el mejoramiento del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes y la generalización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos del tercer nivel de atención hacia los hospitales provinciales del segundo nivel de atención.

Al concluir 1989 y durante 1990 el SNS cubría la totalidad de la población, estimada en 10 506 900 habitantes. Los SILOS cuentan con 38 000 médicos aproximadamente y 64 510 enfermeras. Los diversos tipos de unidades de prestación de servicios, organizados en sistemas escalonados de atención y distribuidos equitativamente entre las 14 provincias y un municipio especial alcanzaron la cifra de 274 hospitales, 420 policlínicos, 163 clínicas estomatológicas y 579 instalaciones varias, entre las cuales se encuentran los puestos médicos, hogares maternos, hogares de ancianos y otros. El SNS cuenta con 63 068 camas asistenciales y 13 610 de asistencia social. El 56,5% de la población está integrada al modelo de atención del médico de la familia con cerca de 12 000 médicos incorporados a este modelo de atención.

INTERRELACION HOSPITAL-MEDICO DE LA FAMILIA— EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CLINICO QUIRURGICO “HERMANOS AMEIJERAS” Y EL MUNICIPIO HABANA VIEJA

El Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras” (HCQHA) es una unidad de subordinación nacional inaugurado en 1982. Constituye un centro de referencia nacional de pacientes complejos que requieran de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de avanzada que ya estén en fase de introducción en el país para su posterior generalización. Desempeña un importante papel en la formación de posgrado de profesionales y técnicos tanto nacionales como extranjeros. Cuenta con una dotación de 950 camas y una plantilla de 300 especialistas médicos, 219 residentes en formación y 559 enfermeras; 226 de sus profesionales tienen categoría docente, 31 categoría científica y 21 categoría investigativa.

Además de sus funciones como hospital de referencia nacional, se ocupa de la atención de segundo y tercer nivel para la población de dos Municipios de la Provincia de la Ciudad de la Habana. En este trabajo nos ocuparemos específicamente de la interrelación existente entre el HCQHA y el Municipio Habana Vieja (MHV).

La atención médica del primer nivel del MHV es responsabilidad de la Dirección Municipal de Salud como parte del órgano de gobierno local (la Asamblea Municipal del Poder Popular). Desde el punto de vista presupuestario y administrativo constituye un nivel independiente del HCQHA. El Municipio Habana Vieja cuenta con una población total de 102 983 habitantes de los cuales 83 526 son mayores de 15 años.

Para prestar atención de salud el MHV cuenta con 5 policlínicos comunitarios, 1 dispensario de higiene mental, 1 clínica estomatológica, 68 consultorios del médico de la familia y otras unidades de atención médica y estomatológica, así como puestos de salud en industrias, empresas, círculos infantiles, etc.

No toda la población del MHV es atendida por médicos de la familia, por encontrarse aún en fase provisional; la población no atendida por médicos de la familia continúa con el modelo tradicional de atención de los policlínicos comunitarios a través de los médicos y enfermeras del sector, siendo el sistema de relaciones con el hospital el que se corresponde con esta etapa de desarrollo del SILOS. A partir de 1988 se inicia la transformación de las formas de interrelación entre el HCQHA y el MHV con la incorporación de los primeros consultorios del médico de la familia.

El nuevo modelo de atención médica a la población, con la incorporación del médico de la familia pretende que la organización del Sistema Nacional de Salud, en general y las unidades que lo integran, en particular, sean capaces de eliminar todo vestigio de métodos burocráticos de manera que permitan el contacto directo del médico de la familia con su población y faciliten la integración del hospital a ese nuevo modelo.

El hecho de que el programa tenga carácter provisional facilita el ensayo de diversas formas de relación entre los componentes que lo integran (médicos de la familia, policlínico y hospital) lo que facilita su perfeccionamiento y enriquece las experiencias.

En este trabajo se describirán los aspectos y las formas en que se realiza el trabajo coordinado entre los médicos de la familia, integrados a los policlínicos del MHV y el HCQHA; el HCQHA, por las características particulares de ser una unidad del segundo y tercer nivel de atención, debe atender integralmente a un sector específico de población, en este caso el Municipio Habana Vieja así como pacientes referidos del resto del país.

En el primer caso este complejo de unidades constituye la expresión o núcleo básico de los SILOS, compuesto por 68 consultorios de médicos de la familia, 4 policlínicos y un hospital general clínico quirúrgico de adultos. Completan el sistema un hospital pediátrico, otro gineco-obstétrico y otras unidades de atención a centros de producción o servicios y círculos infantiles. La población total que atiende es de 31 395 habitantes de los cuales 25 492 son mayores de 15 años de edad. El HCQHA y los hospitales pediátrico y gineco-obstétricos constituyen las unidades terminales para la atención de esta comunidad.

El complejo hospital-policlínico-médico de la familia debe coordinar tareas de: atención médica (ambulatoria, de urgencia, hospitalización); medios diagnósticos; promoción de salud y prevención de enfermedades; trabajo social; docencia; investigación, y monitoreo.

Atención médica

Partiendo del criterio de que la prestación de servicios de salud a la población constituye una responsabilidad compartida entre todas las unidades de los SILOS, la atención médica se fundamenta en el principio de que el binomio médico de la familia-hospital constituye una unidad funcional integrada para lo cual el hospital asume una estructura organizativa donde el especialista designado atiende permanentemente a uno o varios consultorios del médico de la familia y al grupo de población correspondiente.

El sistema de referencia y contrarreferencia se hace por esos canales y abarca tanto la atención ambulatoria como la hospitalización. El especialista que presta sus servicios en el policlínico pertenece al mismo equipo de trabajo del especialista que atiende el consultorio del médico de la familia, en caso de hospitalización. Esto refuerza el principio de mantener la continuidad de la atención por el mismo especialista tanto en la atención ambulatoria como durante la hospitalización.

Se utiliza la historia clínica ambulatoria del médico de la familia o del hospital como documento único en el que se registran, tanto las

consultas del médico de la familia como del especialista, usándose también como vehículo para la solicitud de interconsultas, anotación de resultados y remisiones al hospital, así como el resumen de hospitalización y las recomendaciones al médico de la familia para el seguimiento del paciente.

Esta relación entre el médico y la enfermera de la familia con el especialista del hospital para brindar servicios integrales a su grupo de población conjuntamente con las trabajadoras sociales y educadores para la salud del hospital y del policlínico se definen como Grupos de Trabajo funcionales, existiendo tanto grupos como especialistas del hospital vinculados al programa.

El Grupo Básico de Trabajo, constituido por un internista, un gineco-obstetra y un pediatra (dependientes de la Facultad de Medicina), trabaja directamente con el médico de la familia y a su vez se vincula, para los aspectos docentes y de atención médica, con los grupos funcionales.

El médico de la familia establece progresivamente vínculos directos de trabajo con sus grupos, de manera que la práctica elimine los mecanismos burocráticos que frenen o disminuyan la eficiencia y la eficacia del trabajo médico. Con el objetivo de facilitar la movilidad del médico de la familia dentro del hospital, este puede moverse libremente en la institución en función de su trabajo con iguales derechos y privilegios que los médicos de la institución.

La interrelación del hospital con el policlínico del área y el médico de la familia, abarca todas las especialidades vinculadas a la atención de la salud del adulto, así como a los grupos multidisciplinarios que en este sentido tiene estructurado el hospital.

Por ser este un modelo en desarrollo, está en constante cambio según las necesidades de la población y del propio desarrollo de los servicios de salud.

El hospital brinda sus servicios al MHV en 26 especialidades médicas y 24 grupos multidisciplinarios.

Atención ambulatoria

La atención ambulatoria abarca 11 especialidades organizadas en "grupos funcionales" y otras 15 que, por poca demanda, no requieren por el momento asumir esa forma organizativa.

El principio de acercar la atención médica del segundo nivel a la comunidad hace que en cinco grupos funcionales los servicios ambulatorios se brinden en el policlínico del área y en los seis restantes en las consultas externas del hospital. Las especialidades que se prestan en el policlínico del área son: medicina interna, dermatología, angiología, ortopedia y geriatría y en la consulta externa del hospital: neurología, alergia, gastroenterología, cirugía general, otorrinolaringología y endocrinología.

En todos los casos los lineamientos que sustentan la atención ambulatoria de los grupos funcionales son la libre accesibilidad a los servicios, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno. En cuatro especialidades, no organizadas en "grupos funcionales", existen vínculos complementarios de acciones conjuntas entre las unidades del primer y segundo nivel de atención; estas son: psiquiatría, mediante el vínculo existente entre el dispensario especializado del MHV y el servicio de psiquiatría del hospital; rehabilitación, por los servicios homólogos de ambos niveles; cirugía máxilofacial, entre la clínica estomatológica municipal y el servicio de cirugía máxilofacial del hospital y en oftalmología entre los servicios respectivos del área y del hospital. En las 11 especialidades restantes existen disponibilidades inmediatas para los pacientes que lo requieran a partir de las solicitudes de los especialistas de los grupos funcionales. Estos servicios, que se ofrecen solamente en el hospital, son: reumatología, nefrología, logopedia y foniatría, medicina nuclear, cardiología, coloproctología, cirugía reconstructiva, neurocirugía, urología, litotricia y cirugía cardiovascular. Los grupos multidisciplinarios se han ido incorporando progresivamente a este modelo de atención donde los pacientes que reúnan los requisitos establecidos por el grupo tienen accesibilidad inmediata como lo hace el "grupo especial de patología de mama" y el "grupo de cardiopatía isquémica" entre otros.

El sistema de referencia de pacientes a las interconsultas vinculadas directamente al programa del médico de la familia, garantiza la calidad y continuidad de la atención médica ambulatoria y hospitalaria así como la calidad de la docencia, la educación para la salud y las actividades vinculadas al trabajo social. Los profesores del hospital que prestan sus servicios en los policlínicos del área, hacen todo en una sola tarde a la semana, a fin de garantizar la interconsulta docente y la posibilidad de que el paciente sea visto en la misma tarde por más de un especialista si esto fuera necesario.

En la primera interconsulta docente se requiere la presencia del médico de la familia y en las subsecuentes los pacientes son autorreferidos por el propio profesor en el tiempo que lo estime necesario, no siendo indispensable la presencia del médico de la familia salvo que por las características del caso esta sea necesaria.

Los turnos para las interconsultas de los policlínicos del área son dados por horario escalonado, según el número de casos y de especialidades que requiera cada médico de la familia.

Los casos que deban ser interconsultados en el hospital lo hacen en la fecha, hora y lugar predeterminados con una periodicidad no mayor de una vez por semana.

Tanto en las especialidades que se imparten en el policlínico del área como aquellas que lo hacen en el hospital requieren la discusión previa del médico de la familia con el profesor del grupo básico, decidiéndose

conjuntamente la remisión del paciente a cualquier otra de las especialidades.

En todos los casos las remisiones se fundamentan en la historia clínica ambulatoria del paciente, ya sea la del médico de la familia o del hospital, o en la forma tradicional de no existir historia clínica ambulatoria.

Para los casos en que se estime necesaria la interconsulta con especialidades no vinculadas directamente al programa de médico de la familia se solicitará el turno al policlínico del área.

Atención médica de urgencia

El HCQHA, por ser un hospital de referencia nacional, no cuenta con servicios de urgencia para la concurrencia espontánea de la población. Posee un Centro de Recepción de Ingresos (CRI) para la atención de pacientes remitidos desde otras unidades del SNS, previa coordinación entre ellos. No obstante, mantiene un sistema de especialistas de guardia permanente para atender los casos remitidos, pacientes hospitalizados durante las horas de receso laboral y las contingencias médicas que ocurran en las cercanías de la institución y que por sus características los pacientes sean intransportables.

No obstante, el hospital presta atención médica de urgencia a casos remitidos por el médico de la familia cuando el caso esté relacionado con patologías que previamente motivaron el ingreso del paciente en el hospital.

Siempre que sea posible, el médico de la familia debe contactar previamente al especialista de su grupo funcional para coordinar la atención del paciente; de no ser esto posible, lo remitirá o conducirá a CRI con la historia clínica ambulatoria y las aclaraciones pertinentes que fundamenten el criterio de urgencia.

Hospitalización

La hospitalización de urgencia se produce como consecuencia de la atención ambulatoria de urgencia.

En aquellos casos que el paciente requiera de hospitalización para estudio o tratamiento no urgentes, el proceso de ingreso debe ocurrir como consecuencia de la interrelación médico de la familia/especialista del hospital (equipo funcional) durante el período de atención ambulatoria. Cuando el paciente ingresa en una sala de la especialidad donde está constituido el grupo funcional lo hace en la sala atendida por dicho grupo con el objetivo de mantener la continuidad de la atención y profundizar en la relación médico/paciente. El hospital brinda todas las facilidades a fin de que el médico de la familia participe activamente en el seguimiento de sus casos

y reciba la información necesaria sobre su estado, evolución y pronóstico. En todos los casos el Departamento de Trabajo Social notifica al médico de la familia los ingresos y egresos que se producen en el hospital.

La acreditación del médico de la familia facilita que pueda concurrir al hospital cualquier día de la semana y a la hora más conveniente para visitar y conocer el estado de su paciente e intercambiar criterios con los especialistas correspondientes. Tiene libre acceso a las historias clínicas de sus casos. El hospital conjuntamente con el médico de la familia fomenta el alta precoz y la cirugía ambulatoria como métodos dinámicos tendentes a optimizar los recursos disponibles y acelerar la recuperación del paciente dentro del marco psicosociológico familiar. En este trabajo participan otros miembros del equipo de salud, enfermera de familia, enfermera del área ambulatoria, trabajadoras sociales del área y del hospital y otros técnicos y profesionales que se requieran.

La sección de admisión prioriza el ingreso de los pacientes atendidos por el médico de la familia. En aquellos casos que por las características de la especialidad y la patología del paciente este debe integrar la lista de espera para ingreso, la trabajadora social y la sección de admisión establecen los vínculos directos que permiten disminuir el tiempo de espera sin perjudicar a otros pacientes que lo requieran.

Medios diagnósticos

El hospital brinda al médico de la familia un número considerable de investigaciones diagnósticas propias de ese nivel de atención; mediante la interconsulta con las especialidades tienen acceso a otras investigaciones de mayor complejidad.

El uso racional de los medios diagnósticos debe ser uno de los objetivos de la coordinación del trabajo entre el médico de la familia y el especialista del hospital.

A fin de evitar molestias innecesarias al paciente y acercar la toma de muestras a su hogar, el policlínico recibe un número considerable de muestras que envía al hospital para recoger posteriormente sus resultados sin que en este proceso medien el paciente o sus familiares.

En los casos en que es necesaria e indispensable la presencia física del paciente en el hospital este puede concurrir en los amplios horarios habilitados a tales efectos, sin restricción de cantidad ni necesidad de recoger los resultados de las investigaciones, los cuales se entregan a su policlínico. En otros casos, en que la concurrencia no es ilimitada, el policlínico cuenta con un número de turnos que puede ofrecer al paciente y evitar su traslado al hospital, acercándolo a su consultorio o vivienda.

El policlínico cuenta con mecanismos que facilitan la realización de las investigaciones diagnósticas y la rápida recogida de sus resultados así como los medios para hacerlos llegar a cada médico de la familia.

Si la demanda de medios diagnósticos estuviera por encima de la oferta del hospital la Dirección del Policlínico coordina con la Vicedirección Ambulatoria del hospital a fin de adecuar la misma a las necesidades de los pacientes.

El médico de la familia puede coordinar con los jefes de los departamentos diagnóstico cualquier asistencia o asesoría sobre la utilización racional de estos medios.

Promoción de salud y prevención de enfermedades

El hospital realiza actividades educativas institucionales o en la comunidad orientadas a la creación de hábitos que tiendan a disminuir factores de riesgos dañinos a la salud, tales como la obesidad, el sedentarismo, el hábito de fumar, los malos hábitos alimentarios, el consumo de alcohol y otros. Igualmente fomenta la divulgación de medidas educativas sobre la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles más prevalentes.

Para llevar a cabo estas acciones se establece un trabajo conjunto entre el hospital, los policlínicos y los médicos de la familia a fin de definir las formas en que se pueden integrar sus acciones en el primer o segundo nivel de atención.

Las actividades principales están orientadas a facilitar el trabajo del médico de la familia mediante la elaboración y distribución de materiales impresos, charlas educativas y debates con grupos de riesgos en el hospital o seleccionados en la comunidad.

El hospital brinda asesoría profesional al médico y enfermera de la familia para que puedan desarrollar técnicas y habilidades en el campo de la educación para la salud.

Las acciones educativas en salud, de forma programada y controlada, son una alternativa muy importante para mejorar, conservar y elevar la calidad de la vida individual y colectiva de la población.

La educación para la salud en el primer nivel de atención debe fomentar actividades que estimulen a la población a: desear estar sana; saber cómo mantenerse sana; hacer lo que pueda individual y colectivamente para conservar la salud, y buscar ayuda cuando la necesite.

Con estas fórmulas, se seleccionan métodos para que la población participe activamente en los problemas de su propia salud.

De esta manera, de conformidad con la estructura de los objetivos del programa del médico y enfermera de la familia en cuanto a la promoción de salud, prevención de enfermedades y rehabilitación de los pacientes en la salud personal y colectiva, se establece un estilo de trabajo que responde a los programas nacionales de salud y a las particularidades del estado de salud de la población, detectadas a partir de los diagnósticos de salud y educativo.

Para sus estrategias de trabajo, el hospital coordina las actividades educativas con el responsable municipal de educación para la salud, los activistas de los policlínicos, los profesores de los grupos básicos y los médicos de la familia.

Se integra a cada área de salud (un policlínico con sus consultorios de médicos de la familia) un educador que atiende a los consultorios correspondientes y el trabajo se realiza directamente con el médico y la enfermera de la familia.

El especialista de educación para la salud del hospital visita una vez al mes, como mínimo, los consultorios a él asignados y realiza reuniones periódicas de trabajo con los activistas de las áreas de salud, para coordinar el programa y establecer nuevas tareas.

El hospital asesora técnica y metodológicamente al médico y a la enfermera de la familia sobre las acciones educativas que realizan participando en la elaboración del diagnóstico educativo de la población asignada, principalmente en relación con los grupos de los dispensarios.

El educador se vincula con los grupos básicos y grupos funcionales para conocer la eficiencia y la eficacia del desarrollo de las actividades y realizar investigaciones conjuntas que permitan conocer el impacto de la educación para la salud en el cuadro de salud de la población, la modificación de las actitudes de los pacientes hacia su propia enfermedad así como las modificaciones que puedan producirse en el propio personal de salud.

Se mantiene la misma línea de trabajo con los pacientes o familiares que por su patología han sido tratados en el hospital y que han recibido en este una influencia educativa de manera que contribuyan a mantener la continuidad de la atención en todo el universo del sistema.

Trabajo social

La atención a la salud del hombre, sano o enfermo, en el medio social en que se desenvuelve, constituye una obligación insoslayable de los SILOS.

Con el surgimiento del médico y la enfermera de la familia, se crean las condiciones idóneas para lograr ese objetivo y se facilita la incorporación de otros profesionales, técnicos y trabajadores de salud; la trabajadora social entre ellos, que permite abordar en forma integral los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad.

Se constituyen equipos funcionales de trabajo integrados por una trabajadora social del policlínico y una trabajadora social del hospital que atienden e integran cada consultorio a fin de abordar en forma conjunta y estable la problemática social que se detecte a nivel de hospital o consultorio.

Dentro de las tareas generales, constituyen aspectos específicos del trabajo los siguientes: diagnóstico, atención y seguimiento de los casos sociales detectados en el consultorio u hospital; la atención al anciano; al adolescente sin vínculo de estudio o trabajo; la integración del minusválido a la comunidad; así como estimular el ingreso domiciliario, el alta precoz hospitalaria y la cirugía ambulatoria.

La colaboración en la elaboración del diagnóstico de salud del territorio de cada consultorio y la participación activa en la planificación y ejecución de medidas encaminadas a modificarlo favorablemente y la coordinación de las tareas con el área de educación para la salud en la educación sanitaria de grupos de riesgo constituyen aspectos fundamentales del trabajo social.

Además de las tareas que se planifiquen y ejecuten para garantizar el desarrollo del programa en sus aspectos generales y específicos, se establecen algunos procedimientos de referencia, contrarreferencia y flujo de información que agilicen el trabajo, la identificación y diagnóstico de problemáticas sociales y la continuidad de su atención.

Los ingresos o egresos del hospital de pacientes que viven en territorios atendidos por médicos de la familia, sean o no casos sociales, son informados a este por la trabajadora social del hospital.

La trabajadora social del policlínico, conjuntamente con la del hospital, visita semanalmente los consultorios asignados para analizar los casos sociales e intercambiar acciones y planes que ayuden a solucionar situaciones sociales, a enriquecer el diagnóstico del territorio y a resolver los casos que sean del programa. Visitan también el dispensario de salud mental con iguales objetivos: la entrega de casos entre ambos o que requieran de seguimiento tanto del área del dispensario como del hospital. Las trabajadoras sociales constituyen el eje principal coordinador de las acciones del resto de los profesionales de los equipos básicos de trabajo y de los equipos funcionales.

Docencia

El hospital coordina con el Instituto de Ciencias Médicas de La Habana (ISCMH) la colaboración que este requiera para la formación del médico de la familia en su etapa de familiarización y en las residencias de medicina general integral y la Vicedirección Docente municipal coordina con la Vicedirección Docente del hospital aquellas actividades no programadas que sean necesarias a la formación del médico de la familia.

El hospital distribuye periódicamente a los médicos de la familia su programación científica a fin de que seleccione las actividades que considere útiles y en las que desee participar.

La biblioteca del hospital presta servicios al médico de la familia en igualdad de condiciones que a los médicos de la institución; distribuye

periódicamente artículos científicos seleccionados importantes para su formación.

La realización de la guardia médica y la interconsulta docente constituyen esencialmente una actividad formativa.

El hospital brinda asesoría profesional a los médicos residentes de medicina general integral para la realización de su trabajo de terminación de la residencia (TTR) así como cursos de metodología de la investigación científica.

Investigación

El hospital coordina con el médico de la familia la realización de investigaciones conjuntas orientadas a la problemática concreta de la población que atiende. Estas investigaciones deben ser fundamentalmente de carácter clínico-epidemiológicas.

El médico de la familia colabora con el hospital en las investigaciones generadas por este y que requieran de la participación comunitaria; por otra parte el hospital colabora con el médico de la familia en las investigaciones que requieran de la participación del hospital.

El hospital ofrece asesoría profesional al médico de la familia para la realización de las investigaciones propias de su trabajo.

Monitoreo

Un aspecto importante de la interrelación hospital/médico de la familia lo constituye las diferentes formas del seguimiento del programa y la flexibilidad para ajustarlo a las necesidades progresivamente crecientes de la población y del desarrollo de los servicios de salud.

Esto es posible por el contacto sistemático y permanente entre los diferentes factores que intervienen en el programa. La información que se recibe por los canales formales e informales permite una visión clara de los aciertos y desaciertos del programa.

En la valoración integral de las actividades tiene importancia fundamental la reunión de trabajo mensual entre el personal directivo del hospital, municipio y policlínicos donde se evalúa el resultado del trabajo. En esta actividad participa personal docente, trabajadoras sociales, educadores para la salud y los directores de los centros involucrados. Participa también cualquier servicio o sector que requiera algún tipo de análisis particular.

Los acuerdos se toman por consenso y de hecho la reunión constituye un sistema de dirección colegiada para los aspectos que atañen al trabajo conjunto.

Periódicamente se realizan reuniones de trabajo de algunos de los especialistas verticales que participan en el programa, trabajadores sociales, educadores para la salud, rehabilitadores, responsables de unidades o servicio de medios diagnósticos y otros.

Tal vez una de las formas más útiles de recepción de la información y de retroalimentar al sistema lo constituye las visitas semanales de la trabajadora social al consultorio del médico de la familia donde se recibe información de los profesionales y se recogen directamente los criterios de la población. Semanalmente se realizan encuestas directas o anónimas con grupos de la población.

El personal dirigente del hospital visita trimestralmente la totalidad de los consultorios, policlínicos y la dirección municipal de salud a fin de analizar en la propia comunidad el desarrollo del programa.

Anualmente se realiza una reunión conjunta de todos los médicos de la familia, profesores de los equipos básicos y funcionales de trabajo, trabajadores sociales, educadores para la salud y personal directivo para analizar la marcha del programa, corregir sus desviaciones y realizar el balance del trabajo del año.

Los criterios que se reciben a través de las organizaciones populares y de las asambleas de rendición de cuentas de los delegados de las circunscripciones de los Organos de Gobierno constituyen una fuente directa e inestimable de los criterios que la población tiene sobre la calidad del trabajo médico y del desarrollo del programa.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Castro Ruz, F. *La historia me absolverá*. La Habana, Editorial Orientación Revolucionaria del CC del PCC, Cuba, 1973.
2. Organización Mundial de la Salud/ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Alma Ata, 1978. Atención primaria de salud*. Ginebra, 1978. Serie Salud para Todos, No. 1.
3. Organización Panamericana de la Salud. Grupo de Trabajo sobre Organización y Prestación de Servicios de Salud según Niveles de Atención. Serie Desarrollo de Servicios de Salud. Washington, DC, 1983.
4. Ramos Domínguez, N. y Aldereguía, J. *Higiene social y organización de la salud pública*. La Habana, Editorial Pueblo y Educación, Cuba, 1987.
5. PALTEX: Análisis de las Organizaciones de Salud, Publicación No. 4, Washington, DC, 1987.
6. Ministerio de Salud Pública. Programa de trabajo del médico y enfermera de la familia, el policlínico y el hospital. Cuba, 1988.
7. OMS-PNUD: Teoría y Técnicas de Desarrollo Organizacional, Número PSDCG-10, Washington, DC, 1989.
8. Jovas Casañas, R. y Padrón Martínez, R. El médico de la familia. Estudio preliminar en Ciudad de La Habana. *Revista Cubana de Salud Pública* No. 3, 1989.
9. Testa, M. Pensar en salud. Representación OPS/OMS en Argentina, 1989.
10. Paganini, J. M. y Capote Mir, R., eds. *Los sistemas locales de salud. Conceptos-Métodos-Experiencias*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 1990. Publicación Científica 519.
11. OPS/OMS: Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios, 1990.

12. De Moraes Novaes, H. Acciones Integradas en los Sistemas Locales de Salud. Cuaderno Técnico No. 31, OPS/OMS, 1990.
13. Lip, C. y Brito, P. El Trabajo Médico en el Perú. Lima, Ministerio de Salud y OPS/OMS, 1990.
14. Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. Balance Anual del Trabajo. La Habana, Cuba, 1991.
15. Ministerio de Salud Pública. Información personal. Dirección Nacional de Estadísticas. Cuba, 1991.

COLETA DE DADOS PARA PESQUISAS EM ENFERMAGEM NO BRASIL — ESTRATÉGIAS, VALIDADE E CONFIABILIDADE

Silvia Helena de Bortoli Cassiani¹ e Nilza Teresa Rotter Pelá¹

INTRODUÇÃO

A pesquisa científica brasileira, com menos de 80 anos, é bastante recente quando comparada com os 450 anos da ciência. Foi ela introduzida no país no início deste século a fim de ajudar o estudo para combater a peste que assolou a cidade do Rio de Janeiro (1).

A investigação científica em Enfermagem é ainda mais recente, com menos de 30 anos (2–5). Seu propósito é aumentar o cabedal de conhecimentos da profissão visando melhorar a qualidade da assistência que esta presta ao ser humano.

Nas investigações científicas é necessário utilizar certas estratégias de coleta de dados² para que estes possam ser corretamente coletados, analisados e para que produzam conhecimentos. São quatro as técnicas básicas aplicadas para a coleta de dados: questionários e entrevistas, registros, observações e experimentação (6). Cada uma destas contém numerosos tipos de instrumentos, que poderão ser tão inovativos quanto seja a capacidade do pesquisador de os criar.

Nas pesquisas em enfermagem as estratégias mais utilizadas são os questionários e as técnicas de observação ou de revisão de registros (7–9). Observa-se a pouca utilização de outras estratégias, tais como: as escalas, as técnicas de Delphi, a metodologia Q e a técnica do grupo nominal nas

¹ Docente, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Endereço: Avenida Bandeirantes, 3.900, Campus da USP de Ribeirão Preto, 14.049 Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² A justificativa para o emprego, neste trabalho, do termo estratégia de coleta de dados está no fato dos autores o considerarem mais abrangente do que os termos método ou instrumento.

pesquisas realizadas por enfermeiras sendo, conseqüentemente, pouco conhecidas e divulgadas.

Para que as estratégias empregadas para a coleta de dados sejam eficazes, é necessário que forneçam informações que sejam não só relevantes mas isentas de erros sistemáticos, i.e., válidas e confiáveis (10). Define-se validade de uma medição como sendo o grau com que um instrumento mede aquilo que se propõe a medir; e confiabilidade, o grau de consistência ou exatidão com que o instrumento mede o seu atributo.

Com o passar dos anos aumenta a preocupação com relação à validade e à confiabilidade das medidas tomadas em enfermagem e, mesmo na década de 80, a maioria dos pesquisadores ainda falhavam ao detalhar os testes e as medidas de validade empregadas (11). Diante deste quadro, evidencia-se a necessidade de dirigir a atenção dos pesquisadores em enfermagem, brasileiros, especificamente para a etapa da coleta de dados a fim de que especifiquem como foram obtidas as medidas utilizadas nas pesquisas.

Com este objetivo, elaboraram-se duas questões-problemas:

- Quais as estratégias de coleta de dados (ECD) utilizadas nas pesquisas em enfermagem?
- Que fazem os pesquisadores para garantir a validade e a confiabilidade da estratégia de coleta de dados que utilizam e, conseqüentemente, os resultados que obtêm?

Determinou-se que para atingir os propósitos estabelecidos seria necessário:

- Preparar uma lista das estratégias de coleta de dados mais utilizadas pelos pesquisadores;
- verificar que procedimentos os pesquisadores utilizavam para determinar a confiabilidade e a validade da ECD e
- discutir e relacionar os procedimentos utilizados com aqueles recomendados pela literatura consultada.

MATERIAL E MÉTODO

O universo deste trabalho constituiu-se das dissertações de mestrado e teses de doutorado defendidas no período de 1977 a 1986 na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP e no Departamento de Enfermagem da Escola Paulista de Medicina, assim como as pesquisas publicadas na

Revista Brasileira de Enfermagem entre 1977 e 1986, exceção feita ao primeiro volume do ano de 1977 por se tratar do Índice Cumulativo.

Fez-se um levantamento de cada um dos trabalhos escolhidos colhendo-se deles informações sobre as estratégias para a coleta dos dados e sobre os procedimentos utilizados para assegurar sua validade e confiabilidade.

Para facilitar e dinamizar a coleta dos dados, elaborou-se um formulário para registrar as seguintes informações: título do trabalho, ano e local da defesa ou publicação, tipo de trabalho, tipo de estratégia de coleta de dados utilizada e os procedimentos citados pelos pesquisadores para comprovar a validade e a confiabilidade da ECD.

A fim de assegurar a qualidade e a confiabilidade do formulário proposto, foi o mesmo submetido a duas aplicações, ou seja: dez trabalhos foram revistos duas vezes, com um intervalo de três semanas entre as aplicações, e comparados os resultados obtidos nas duas aplicações. Obteve-se uma concordância de 92,8%.

RESULTADOS

Dos 542 trabalhos examinados, 339 (62,5%) utilizaram estratégias de coleta de dados sendo que em 337 (62,1%) destes últimos havia citação sobre a estratégia e em 2 (0,5%) não havia. Os restantes 203 (37,5%) dos trabalhos não utilizaram ECD por se tratarem de monografias, relatos de experiências e outros tipos de trabalhos.

Das 224 dissertações e teses defendidas, 120 (53,6%) foram da Escola de Enfermagem da USP, 70 (31,3%) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP e 34 (15,1%) do Departamento de Enfermagem da Escola Paulista de Medicina. Durante o período estudado não foram defendidas teses de doutorado neste último.

Para o presente estudo, consideraram-se como sendo trabalhos que utilizaram *um tipo de estratégia de coleta de dados*, aqueles em que o pesquisador cita a utilização de somente um tipo de estratégia, e trabalhos que utilizaram *mais de um tipo de estratégia de coleta de dados* aqueles onde o pesquisador cita ter utilizado duas ou mais estratégias para a coleta dos dados.

Os dados numéricos apresentados nas tabelas que se seguem, referem-se àqueles trabalhos que utilizaram algum tipo de estratégia. Como poderá ser observado, 194 dos trabalhos aqui analisados foram dissertações de mestrado, 13 teses de doutorado e 130 publicações da Revista Brasileira de Enfermagem. O baixo número de teses de doutorado deve-se ao fato de que somente em 1983 ter sido defendida a primeira tese de doutorado nas escolas estudadas.

TABELA 1. Distribuição dos trabalhos que utilizaram um único tipo de estratégia de coleta de dados. Frequência e porcentagem.

Tipo de estratégia de coleta de dados	Trabalho							
	Mestrado		Doutorado		Publicações		Total	
	F ^a	%	F ^a	%	F ^a	%	F ^a	%
Entrevista	93	59,2	5	45,4	25	21,2	123	43,0
Questionário	21	13,3	1	9,1	35	29,6	57	20,0
Medidas fisiológicas	20	12,8	2	18,2	12	10,2	34	11,9
Formulário	9	5,8			14	11,9	23	8,1
Revisão de registro	4	2,5			12	10,2	16	5,6
Observação	7	4,5	2	18,2	7	6,0	16	5,6
Fichas	2	1,3			4	3,4	6	2,1
Estudo de caso	1	0,6	1	9,1	2	1,7	4	1,4
Processo de enfermagem					3	2,5	3	1,1
Levantamento					1	0,8	1	0,3
Orientação de enfermagem					1	0,8	1	0,3
Escala diferencial semântica					1	0,8	1	0,3
Sociodrama					1	0,8	1	0,3
Total	157	100,0	11	100,0	118	100,0	286	100,0

*Frequência.

Examinando a tabela 1 observa-se que entrevistas, questionários, medidas fisiológicas e formulários foram as estratégias mais empregadas pelos pesquisadores que utilizaram somente um tipo de ECD (43,0, 20,0, 11,9 e 8,1%, respectivamente). A ECD mais empregada nas dissertações de mestrado foi a entrevista (59,2%), enquanto que nas publicações consultadas da Revista Brasileira de Enfermagem a estratégia mais utilizada foi o questionário (29,6%). Nas teses de doutorado foram as entrevistas (45,4%), seguidas das observações (18,2%) e das medidas fisiológicas (18,2%) as ECD mais utilizadas.

Em relação aos trabalhos que aplicaram mais de um tipo de ECD as mais utilizadas foram entrevista e observação (23,5%), seguindo-se observação e questionário (9,8%) e formulário e observação (9,8%), sendo que 29,7% das dissertações de mestrado utilizaram entrevista e observação, conforme se poderá ver na tabela 2.

Validade e confiabilidade das ECD

Da análise dos trabalhos que utilizaram estratégias de coleta de dados, extrairam-se 23 operações que os autores dos trabalhos citaram ter empregado para testar a estratégia proposta.

TABELA 2. Distribuição das dissertações de mestrado, teses de doutorado e publicações que utilizaram mais de um tipo de estratégia de coleta de dados. Frequência e porcentagem.

Tipo de estratégia de coleta de dados	Trabalho							
	Mestrado		Doutorado		Publicações		Total	
	F ^a	%	F ^a	%	F ^a	%	F ^a	%
Entrevista e observação	11	29,7			1	8,4	12	23,5
Observação e questionário	2	5,4			3	25,0	5	9,8
Formulário e observação	5	13,5					5	9,8
Entrevista e processo de enfermagem	3	8,1			1	8,4	4	7,8
Entrevista e questionário	3	8,1					3	5,9
Entrevista e revisão de registro	1	2,7			2	16,6	3	5,9
Observação e ficha	2	5,4					2	3,9
Observação, entrevista, teste e questionário	1	2,7	1	50,0			2	3,9
Revisão de registro e questionário	1	2,7			1	8,4	2	3,9
Questionário e processo de enfermagem	1	2,7	1	50,0			2	3,9
Entrevista, observação e questionário					2	16,6	2	3,9
Entrevista e medida fisiológica	1	2,7					1	2,0
Entrevista, levantamento e questionário	1	2,7					1	2,0
Entrevista e formulário					1	8,4	1	2,0
Levantamento e questionário					1	8,4	1	2,0
Medida fisiológica e formulário	1	2,7					1	2,0
Observação, entrevista e técnicas sociais	1	2,7					1	2,0
Observação e processo de enfermagem	1	2,7					1	2,0
Questionário e testes	1	2,7					1	2,0
Entrevista, observação e medidas fisiológicas	1	2,7					1	2,0
Total	37	100,0	2	100,0	12	100,0	51	100,0

^aFrequência.

As informações obtidas foram agrupadas a fim de permitir a distribuição dos dados em tabelas para análise. Esses agrupamentos acham-se descritos no quadro 1 onde, sob o título *procedimentos agrupados*, estão relacionados os 23 procedimentos em questão.

A tabela 3, que apresenta a distribuição dos trabalhos analisados quanto ao procedimento adotado pelo pesquisador para evidenciar a validade e a confiabilidade da ECD, permite observar que em 194 (57,5%) trabalhos o pesquisador não descreveu o procedimento empregado e que

QUADRO 1. Agrupamentos dos procedimentos coletados para evidenciar a validade e a confiabilidade das estratégias de coleta de dados.

Categoria	Procedimentos
I. Pesquisador não descreveu o procedimento	<ul style="list-style-type: none"> — Pesquisador citou que não testara por considerar o instrumento satisfatório — Pesquisador mencionou não ter validado o instrumento — Pesquisador não citou nenhum instrumento — Pesquisador mencionou não ter testado o instrumento
II. Teste prévio	<ul style="list-style-type: none"> — Estudos preliminares — Teste ou plano piloto — Ensaios — Experimento e avaliação — Pré-teste do instrumento — Instrumento testado anteriormente — Teste e reteste de compreensão da linguagem — Exame dos itens e correspondência com a variável — Todos os itens testados
III. Anterior utilização de pesquisas exploratórias	<ul style="list-style-type: none"> — Pesquisador citou a realização prévia de pesquisas exploratórias como indicação da adequação do instrumento
IV. ECD utilizada anteriormente	<ul style="list-style-type: none"> — O pesquisador citou ter baseado o instrumento em um já utilizado por outro autor — O pesquisador mencionou que o instrumento utilizado já o houvera sido em outro trabalho — O pesquisador baseou seu instrumento em um previamente utilizado por outro autor e realizou ensaios
V. Validade aparente e/ou de conteúdo	<ul style="list-style-type: none"> — Teste piloto e análise por juízes — Utilizou juízes na análise do instrumento — Utilizou validade aparente e/ou de conteúdo
VI. Recorreu a perito no método	<ul style="list-style-type: none"> — Recorreu a perito no método
VII. Medidas de validade e de confiabilidade	<ul style="list-style-type: none"> — Utilizou validade aparente e de conteúdo bem como o método de consistência interna
VIII. Aferição da examinadora	<ul style="list-style-type: none"> — Aferição feita pela examinadora

em 112 (33,2%) trabalhos um teste fora realizado antes de utilizada a ECD. Em um único caso, um artigo, preocupou-se o pesquisador em evidenciar a validade e a confiabilidade da ECD que utilizou.

Nesta mesma tabela observa-se também que enquanto nos trabalhos de dissertação de mestrado o teste prévio da ECD é efetuado com maior freqüência (47,4%), as publicações (84,6%) raramente descrevem o procedimento utilizado, se é que o teste foi feito.

Onze dissertações de mestrado (5,7%) também descreveram a utilização de pesquisas exploratórias como um procedimento a ser realizado antes da coleta de dados, a fim de garantir sua validade e confiabilidade.

TABELA 3. Distribuição dos trabalhos consultados quanto aos procedimentos utilizados pelo pesquisador para evidenciar a validade e confiabilidade da estratégia de coleta de dados.

Tipo de procedimento	Trabalho							
	Mestrado		Doutorado		Publicações		Total	
	F ^a	%	F ^a	%	F ^a	%	F ^a	%
I. Pesquisador não descreve o procedimento	79	40,7	5	38,5	100	84,6	194	57,5
II. Teste prévio	92	47,4	5	38,5	15	11,5	112	33,2
III. Utilização anterior de pesquisa exploratória	11	5,7					11	3,3
IV. ECD utilizada anteriormente	5	2,6	1	7,7	3	2,3	9	2,7
V. Validade aparente ou de conteúdo	5	2,6	2	15,4	1	0,8	8	2,4
VI. Pesquisador recorreu a perito no método	1	0,5					1	0,3
VII. Pesquisador utilizou medida de validade e de confiabilidade					1	0,8	1	0,3
VIII. Aferição da examinadora	1	0,5					1	0,3
Total	194	100,0	13	100,0	130	100,0	337	100,0

^aFreqüência.

A tabela 4 indica que dos 123 trabalhos que utilizaram a entrevista como ECD, 60 (48,8%) aplicaram o teste prévio para assegurar sua validade e confiabilidade. Dos 57 trabalhos que utilizaram o questionário como ECD, 32 (56,2%) não descreveram o procedimento utilizado. Somente um trabalho (1,8%) evidenciou as medidas de validade e confiabilidade do questionário proposto.

Pela tabela 5 constata-se que em 55% dos trabalhos que utilizaram mais de um tipo de ECD, o pesquisador não descreve o procedimento empregado para evidenciar sua validade e confiabilidade. A estratégia mais empregada foi entrevista e observação, sendo que em 50% dos casos o pesquisador não citou o procedimento utilizado.

DISCUSSÃO

Pelo exposto, os resultados obtidos neste estudo acompanham os da literatura que afirmam serem a entrevista, o questionário, a revisão de registros e a observação as estratégias de coleta de dados mais utilizadas nas pesquisas em enfermagem.

Observa-se que na maioria dos trabalhos analisados o investigador desenvolve sua própria estratégia de coleta de dados a ser empregada

TABELA 4. Distribuição dos trabalhos segundo a estratégia de coleta de dados utilizada e os procedimentos para evidenciar sua validade e a confiabilidade. Trabalhos que utilizaram um único tipo de ECD.

Procedi- mento	Entrevista		Questio- nário		Medida Fisiológica		Formulário		Revisão Registro		Observa- ção		Fichas		Estudo de caso		Processo de Enf.		Levanta- mento		Orientação de Enf.		Escala do referencial semânt.		Socio- grama		Total			
	F ^a	%	F ^a	%	F ^a	%	F ^a	%	F ^a	%	F ^a	%	F ^a	%	F ^a	%	F ^a	%	F ^a	%	F ^a	%	F ^a	%	F ^a	%	F ^a	%		
I	49	39,8	32	56,2	33	97,0	12	52,2	14	87,5	12	75,0	4	66,6	3	75,0	3	100,0	1	100,0	1	100,0	1	100,0	1	100,0	1	100,0	166	58,1
II	60	48,8	18	31,5			8	34,8	2	12,5	1	6,3	1	16,6															90	31,5
III	9	7,3	2	3,5																								11	3,8	
IV	4	3,3					2	8,7			2	12,5	1	16,6														9	3,2	
V	1	0,8	4	7,0			1	4,3			1	6,3			1	25,0												8	2,8	
VI																													1	0,3
VII			1	1,8																								1	0,3	
VIII					1	0,3																						1	0,3	
Total	123	100,0	57	100,0	34	100,0	23	100,0	16	100,0	16	100,0	6	100,0	4	100,0	3	100,0	1	100,0	1	100,0	1	100,0	1	100,0	1	100,0	286	100,0

*Frequência

Procedimento I: Pesquisador não descreveu o procedimento

Procedimento II: Teste prévio

Procedimento III: Utilização anterior de pesquisa exploratória

Procedimento IV: ECD utilizado anteriormente

Procedimento V: Validade aparente e/ou de conteúdo

Procedimento VI: Recorreu a perito no método

Procedimento VII: Utilizou medidas de validade e de confiabilidade

Procedimento VIII: Aferição da examinadora

TABELA 5. Distribuição dos trabalhos segundo a estratégia de coleta de dados utilizada e os procedimentos para evidenciar sua validade e a confiabilidade. Trabalhos que utilizaram mais de um tipo de ECD.

Procedi- mento	Estratégia de Coleta de Dados																				Total	
	Entre- vista e observa- ção	Observa- ção e questio- nário	Formulá- rio e ob- servação	Entre- vista e proc. de enferm.	Entre- vista e questio- nário	Entre- vista e rev. registro	Obs. e ficha	Observa- ção en- tre testes e ques- tório	Revisão, registro e ques- tório	Questio- nário e proc. de enferm.	Entre- vista, obser. e medi- das	Entr. e medidas fisiológi- cas	Entre- vista, le- vanta- mento e questio- nário	Entre- vista e formulá- rio	Levanta- mento e questio- nário	Medidas fisiológ. e form.	Obs., entre- vista e téc. sociais	Obs. e proc. de enferm.	Questio- nário e testes	Entr. e obs. e medidas	F ^a	%
I	6	3	2	3	1	2	1	1	2	—	2	1	—	—	1	—	1	—	1	1	28	55,0
II	5	2	3	1	2	1	1	1	—	2	—	—	1	1	—	1	—	1	—	—	22	43,0
III	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2,0
Total	12	5	5	4	3	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	51	100,0

*Frequência.

Procedimento I: Pesquisador não descreveu o procedimento

Procedimento II: Teste prévio

Procedimento III: Pesquisador recorreu a perito no método

na pesquisa. Embora pareça ser evidente que a utilização de uma estratégia de coleta de dados já desenvolvida e validada facilitaria o trabalho do pesquisador — por não ter de, individualmente, desenvolver suas próprias estratégias — somente em nove (3,2%) trabalhos a estratégia tinha sido utilizada anteriormente.

Em alguns dos trabalhos analisados, observou-se haver preocupação por parte do pesquisador de desenvolver uma estratégia, evidenciar suas confiabilidade e validade e apresentá-la a seus pares.

Observou-se, principalmente nas teses e dissertações estudadas, que o pesquisador normalmente descreve os itens do instrumento e faz uma breve menção ao teste aplicado, em geral um estudo piloto, pré-teste ou ensaios. Dos 337 trabalhos que utilizaram estratégias de coleta de dados, somente nove (2,7%) submeteram seus instrumentos à análise de juízes ou autoridades, assim evidenciando a validade do conteúdo. Convém ressaltar que o termo validade de conteúdo não foi citado nesses trabalhos, embora fosse relevante dar esta explicitação como forma de assegurar o rigor metodológico aplicado.

A necessidade dos pesquisadores evidenciarem a confiabilidade e a validade das estratégias de coleta de dados torna-se ainda mais importante quando se verifica, conforme demonstrado, que em 57,5% dos trabalhos analisados não há citação de nenhum teste a que o pesquisador tivesse submetido a ECD.

O teste prévio, conforme já foi dito, foi evidenciado em 33,2% dos trabalhos analisados; porém o mesmo não pode ser visto isoladamente como meio indicativo da validade e confiabilidade da ECD. A relação estabelecida entre a realização de um teste prévio e a ECD se assemelha à inter-relação entre os dados de campo preliminares e as operações da pesquisa posterior (12). O pré-teste deve ser sempre aplicado, seja qual for a estratégia escolhida. Ao pré-testar a entrevista, o questionário, etc., o pesquisador torna-se mais familiarizado com o procedimento e com o grupo. Isto o capacita a efetuar mudanças no procedimento, a fazer adições ou alterações nos quesitos, ou a esclarecer os procedimentos da observação (13).

Tal como o teste prévio, a pesquisa exploratória, por si só, não pode ser considerada como indicação de fidelidade da ECD. As funções do estudo exploratório (10) são:

- intensificar a familiaridade do pesquisador com o fenômeno que deseja investigar em estudo subsequente, de contextura mais elevada, ou do ambiente em que pretende realizar tal estudo;

- esclarecer conceitos;
- estabelecer prioridades para pesquisas posteriores e
- colher informações sobre as possibilidades práticas de realizar pesquisas no meio ambiente em questão.

Nada na literatura menciona a utilização da pesquisa exploratória como forma de assegurar a validade e confiabilidade das ECD.

CONCLUSÕES

Após analisar os resultados obtidos, chegou-se à conclusão que as respostas aos dois questionamentos que nortearam o presente trabalho, quais sejam:

- Quais as estratégias de coleta de dados (ECD) utilizadas nas pesquisas em enfermagem?
- Que fazem os pesquisadores para garantir a validade e a confiabilidade da estratégia de coleta de dados que utilizam e, conseqüentemente, os resultados que obtêm?

foram:

- cerca de 88,6% das pesquisas em enfermagem utilizam entrevistas, questionários, formulários, medidas fisiológicas e observações como estratégias de coleta de dados;
- dos pesquisadores analisados, 57,5% não citam a utilização de procedimentos para demonstrar a validade e a confiabilidade das ECD; mesmo quando há alguma citação, esta refere-se à realização de um teste prévio;
- dos trabalhos analisados, 90,7% ou citam o teste prévio ou não citam o procedimento utilizado para evidenciar a validade e a confiabilidade das ECD, tornando impossível relacionar os procedimentos utilizados com os mencionados na literatura.

SUGESTÕES

Os autores julgam ser de suma importância adotar as seguintes medidas:

- Incrementar os estudos metodológicos visando o desenvolvimento de estratégias de coleta de dados com comprovação da sua validade e confiabilidade. A divulgação dessas ECD e a descrição de como foram efetuadas as medições de validade e confiabilidade são indispensáveis.
- Estimular, entre os pesquisadores em enfermagem, a busca de

estratégias de coleta de dados previamente desenvolvidas, inclusive a utilização de estudos de reaplicação que avaliem sua confiabilidade e validade.

- Requerer que os pesquisadores, ao publicarem seus trabalhos, citem a confiabilidade e a validade das ECD.
- Que os cursos de Metodologia Científica enfatizem a importância de evidenciar a validade e a confiabilidade das estratégias de coleta de dados utilizadas nas pesquisas.

Conforme dito acima, observou-se que em um dos artigos analisados o pesquisador se preocupou em evidenciar a validade e a confiabilidade das estratégias que empregou; isto parece indicar que os caminhos acertados começam a ser percorridos.

RESUMO

Para o presente estudo, cujo objetivo foi encontrar respostas para as duas questões: quais as estratégias de coleta de dados (ECD) utilizadas nas pesquisas em enfermagem? e que fazem os pesquisadores para garantir a validade e a confiabilidade da estratégia de coleta de dados que utilizam e, conseqüentemente, os resultados que obtêm?, examinaram-se 542 trabalhos — defendidos e ou publicados entre 1977 e 1986. Destes, 207 foram dissertações de mestrado, 17 foram teses de doutorado e 328 foram artigos publicados na Revista Brasileira de Enfermagem.

Os autores concluíram que 88,6% das pesquisas utilizaram entrevistas, questionários, formulários, medidas fisiológicas e observação como estratégia para a coleta de dados. A maioria dos pesquisadores não citaram a utilização de procedimentos para evidenciar a validade e a confiabilidade das estratégias empregadas. Nos casos em que houve alguma menção, esta referia-se à realização de um teste prévio. Observaram, também, que grande parte dos pesquisadores desenvolveu sua própria estratégia para a coleta dos dados, havendo pouca utilização de estratégias previamente desenvolvidas.

Os autores sugerem que se incrementem os estudos metodológicos a fim de desenvolver estratégias de coleta de dados com evidência garantida de sua validade e confiabilidade.

REFERÊNCIAS

- 1 Miranda, L. C. M. País precisa dos centros de pesquisa. Artigo publicado no jornal Folha de São Paulo em 18 de abril de 1987.
- 2 Adami, N. P., Rodrigues, M. A., Martins, C. L., Rigano, H. M. e Shor, N. Utilização de agências financiadoras para a pesquisa. A ótica dos coordenadores de cursos e de alunos de pós-graduação em enfermagem e em saúde pública. *Anais do 4º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem*, São Paulo, 1985.
- 3 Almeida, M. C. P., Gomes, D. L. S., Ruffino, M. C. e Silva, G. B. A produção do conhecimento na pós-graduação em enfermagem no Brasil. *Anais do XXXIII Congresso Brasileiro de Enfermagem*, pp. 119-127, 1981.
- 4 Angerami, E. L. S. Prioridade de investigação em enfermagem. *Rev Paul Enferm* 5(2):47-53, 1985.
- 5 Vieira, T. T. Produção Científica em Enfermagem no Brasil: 1960-1979. Tese de professor titular, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, 1980.
- 6 Treece, E. W., Treece, J. W. *Elements of research in nursing*. The C. V. Mosby Co., Saint Louis, 1977.
- 7 Neves, E. P. Vazios conhecimentos e sugestões de temáticas relevantes na área de Enfermagem. *Relatório do II Seminário Nacional sobre o Ensino de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem*, Brasília, 1982.
- 8 Notter, L. E. *Essentials of Nursing Research*. Nova Iorque, Springer Publishing Co., 1978.
- 9 Polit, D. F., Hungler, B. P. *Nursing Research principles and methods*. Filadélfia, J. B. Lippincott Co., 1983.
- 10 Sellitz, C., Jahoda, M., Deutsch, M. e Cook, S. M. *Método de pesquisa das relações sociais*. São Paulo, Ed. Heider, 1965.
- 11 Brown, J. S., Tanner, C. A., Paddrick, K. P. Nursing's search for scientific knowledge. *Nurs Res* 33(1):26-32, 1984.
- 12 Goode, W. J. e Hatt, P. K. *Métodos em Pesquisa Social*. Companhia Editora Nacional, 1969.
- 13 Chater, S. *Understanding research in nursing*. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 1975.

MEXICO: LA FORMACION DE RECURSOS HUMANOS EN ECONOMIA DE LA SALUD

Armando Arredondo,¹ Carlos Cruz² y Patricia Hernández³

CONCEPTO DE ECONOMIA Y ECONOMIA DE LA SALUD

La economía es la ciencia que "estudia cómo los individuos y la sociedad eligen, dentro de las distintas alternativas, la utilización de sus escasos recursos, monetarios y no monetarios, para producir, distribuir o consumir mercancías a corto, mediano y largo plazo" (1).

La economía de la salud, por otra parte, es definida como la aplicación de las teorías, conceptos y técnicas de la economía al sector salud (2), por un lado, y hacia las necesidades de salud y sus determinantes, por el otro. Por lo tanto, cubre los grandes ámbitos de estudio e intervención del enfoque económico en la salud. Conviene aclarar que este concepto incluye no solo al conjunto de instituciones del sector público sino también a toda institución del sector privado.

Debido a las implicaciones éticas inherentes al objeto de estudio en esta área, a las imperfecciones del mercado de atención médica y a la complejidad de los procesos que se han de estudiar, la aplicación del conocimiento de la ciencia económica en el campo de la salud ha conducido al surgimiento de la economía de la salud como una rama especializada, con un desarrollo teórico conceptual particular y metodologías y técnicas de análisis propias.

De las definiciones anteriores destacan las siguientes características:

a) La economía analiza las distintas alternativas de elección, en el nivel individual y social.

¹ Jefe, Departamento de Investigación en Financiamiento y Tecnología para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.

² Director, Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.

³ Jefe, Departamento de Economía, Instituto Nacional de Salud Pública.

Esto presupone por una parte, una cierta libertad para elegir entre las opciones; y por la otra, el establecimiento de dos niveles de análisis: uno micro, que corresponde a los problemas de elección individuales o grupales, y el otro macro, más amplio, que corresponde a los problemas de elección a nivel social. Sin embargo, cuando se aplica el análisis de las alternativas de elección sobre el campo de la economía de la salud, la metodología de análisis se complica, debido a las particularidades del campo, entre las que sobresalen: que los resultados de dichas elecciones pueden poner en riesgo a la vida, que no siempre se dispone de los conocimientos suficientes para emitir un juicio racional y que existen factores tales como los factores externos que hacen que los beneficios individuales puedan no coincidir con el beneficio social (3). Esta situación ha dado lugar al desarrollo de diferentes técnicas de valoración económica específicas para el campo de la salud e incluso a la formulación de teorías que justifican la participación del Estado o acción colectiva para lograr el máximo bienestar social.

b) La economía estudia el problema de la utilización de recursos escasos.

Este hecho parte de la premisa de que las necesidades a cubrir son ilimitadas y no pueden ser satisfechas del todo con los recursos existentes. Esta característica permite la incorporación de dos de los pilares de la economía: la eficiencia y la equidad. La eficiencia se refiere a la obtención del máximo beneficio al mínimo costo o la obtención del mayor nivel de producción dada una determinada cantidad de insumos; una aplicación de la eficiencia en el sector salud puede ser entendida como el hecho de que ningún paciente sea tratado o referido a un nivel de atención superior si es posible su diagnóstico o tratamiento adecuado en un nivel inferior (4).

En lo referente a la equidad esta se puede definir, en un sentido operativo para el sector, como la igualdad de acceso a la atención médica (5).

c) En la economía no solo se estudian las transacciones que se hacen con dinero, ya que hay elecciones e interacciones económicas que no tienen una repercusión directamente monetaria y que sin embargo cuestan. Tal es el caso del trabajo gratuito o del tiempo de espera consumido para la recepción de un servicio (6-9).

d) Por su conexión con el bienestar, la salud se relaciona con la producción, la distribución, y el consumo de los diferentes factores considerando su escasez, criterios de elección y acceso.

En su estudio se analizan los aspectos relacionados con los insumos y su utilización, así como con los resultados o productos generados. Al considerar el resultado de los procesos en términos de salud, se incorpora el concepto de calidad, entendiendo por esta, el balance de los beneficios y los daños a la salud como resultado del proceso de atención médica dado el estado del arte de la medicina (10); dicho concepto constituye otro de

los grandes pilares de la economía de la salud. La calidad de la atención refleja de manera diferente, pero complementaria a la eficiencia, el uso de los recursos disponibles.

e) En la economía se busca evaluar los costos y los beneficios resultantes de una elección o proceso económico, asumiendo que la asignación y uso de los recursos en un proceso impide la utilización de estos en otro proceso y el alcance de los beneficios que su uso alternativo podría brindar (11).

ANTECEDENTES

La economía ha tenido un desarrollo y aplicación creciente en distintos campos, sin embargo, dentro del sector social y particularmente en el de la salud su presencia aún es limitada. No obstante, el sector salud constituye un área importante a estudiar con mayor profundidad debido a su peso económico y a las implicaciones de su funcionamiento sobre la estructura socioeconómica. Este sector representa una de las principales fuentes de empleo y demanda un sinnúmero de insumos de todo tipo. A estos factores se suma el que la salud en nuestra sociedad es considerada una de las premisas para lograr el desarrollo económico y uno de los objetivos básicos del bienestar social (12).

En sus orígenes, la economía de la salud estuvo vinculada con otras ciencias sociales y administrativas, centrándose en el estudio de aspectos puntuales, entre los que destacan: los aportes de la sociología al análisis del proceso salud-enfermedad (13-15), y los de la administración con el análisis de la eficiencia a través de los enfoques de costo-beneficio y costo-efectividad (16).

A medida en que los estudios económicos sobre el sector salud fueron cobrando una mayor complejidad, ha sido necesaria la estructuración de la economía de la salud como especialidad de las ciencias económicas con personalidad definida, métodos y técnicas particulares y posibilidades aplicativas múltiples.

Actualmente la economía de la salud constituye una opción teórico-metodológica útil para generar nuevos enfoques en el estudio y resolución de los problemas relacionados con las necesidades de salud y los servicios.

El propósito de modernizar los servicios de salud requiere de la incorporación permanente y dinámica del conocimiento científico a los procesos de atención médica. Un aspecto determinante en este sentido, es el aprovechamiento de la mano de obra responsable de incorporar los avances más recientes del ámbito científico. Por lo que resulta imprescindible el desarrollo de programas de educación formal y adiestramiento para el personal.

Como parte de este esfuerzo, es necesario impulsar la formación de recursos humanos que permita la aplicación sistemática de la teoría y métodos de la economía de la salud.

El nivel de instrucción y el énfasis de los contenidos, idealmente dependerán del perfil del egresado y particularmente de los distintos programas académicos. De manera integral, se propone crear la masa crítica que enfrente el reto de lograr servicios de salud más eficientes, equitativos y de calidad.

La economía de la salud brinda elementos que reducen los criterios subjetivos para la toma de decisiones y que articulan las prioridades epidemiológicas con las económicas a fin de identificar las mejores opciones en la asignación de los recursos disponibles. Para profundizar en este punto, es necesario plantear brevemente los principales campos de aplicación de la economía de la salud, que deberán tenerse en cuenta al momento de introducir este cuerpo de conocimientos en los programas de formación de recursos humanos para el sector.

PRINCIPALES CAMPOS DE APLICACION DE LA ECONOMIA DE LA SALUD

Los principales campos de aplicación de la economía de la salud son múltiples y en gran medida, a la fecha, no se han explorado suficientemente.

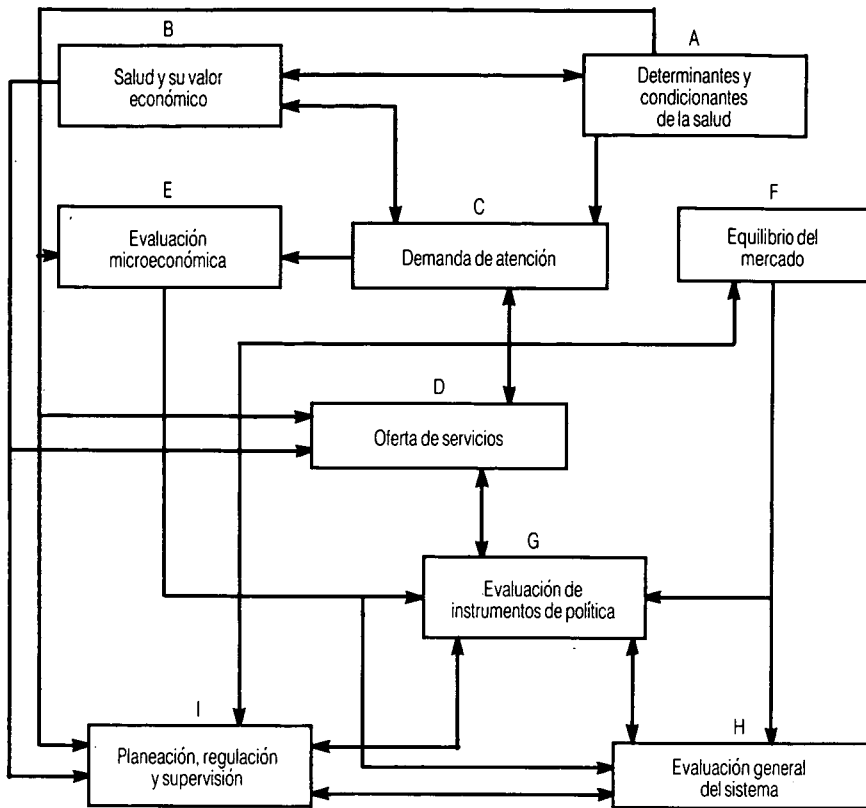
Con el fin de sistematizar las distintas áreas de trabajo que la economía de la salud ofrece, adaptando el esquema de Mills, se han identificado nueve campos fundamentales de estudio o investigación aplicada (17-18). Dicho esquema plantea una serie de interrelaciones entre cada uno de los campos propuestos, permitiendo, desde un enfoque económico y de manera integral, visualizar el aporte aplicativo de la economía de la salud en el entendimiento tanto de los determinantes, condicionantes, valor y concepción de la salud, así como en la organización de los servicios del sector (Figura 1).

Determinantes y condicionantes de la salud

Este campo incluye los aspectos que intervienen positiva o negativamente en la conformación de un nivel de salud en cada individuo o grupo social. Su estudio es importante debido a que la salud es resultado de la interacción del hombre y su entorno. En este campo se incorporan las condiciones materiales y los estilos de vida que inciden sobre la salud a nivel individual, grupal o social (19-24).

La valoración económica de los determinantes de la salud es una de las áreas más importantes de la llamada salud positiva. Como ejemplo

FIGURA 1. Campos de la economía de la salud.^a



^a Adaptado de Mills, A. y Gilson, L. (2).

de la utilidad de este campo para el desarrollo de la salud pública está el análisis del peso que algunos factores tienen sobre la salud. Entre dichos factores se pueden incluir la educación, ingreso, vivienda, clase social, ocupación, cultura, patrones de consumo y estilos de vida. Asimismo, la valoración económica de los determinantes de la salud debe incorporarse cuando se desarrollan las acciones de promoción y prevención.

Qué es salud y su valor

En este campo se deben analizar dos cuestiones básicamente: por un lado, qué se entiende por salud, tanto en un nivel conceptual, como perceptivo, es decir cómo se percibe la salud a nivel individual y social; y

por el otro, cómo se dimensiona económicamente su valor.

Paralelo al estudio de la definición, de la concepción de la salud y del nivel factible de alcanzar, se puede iniciar el proceso de valoración económica de esta, así como de la dinámica y los cambios que presenta a lo largo del tiempo. Esto ha dado lugar al desarrollo de indicadores capaces de medir las mejorías o salud positiva y el daño o evolución de la enfermedad, invalidez o muerte (25-27).

Cada uno de los indicadores antes mencionados puede ser objeto de valoración en términos económicos, para lo cual es necesario entrar en el debate de: ¿cuánto vale una vida? y ¿cuál es la repercusión en términos económicos de una determinada enfermedad o secuela?, así como en el estudio de la salud como un bien económico y la teoría del capital humano entre otros aspectos. No obstante la importancia de estos aspectos no ha sido suficientemente analizada por lo que se amerita su revisión y análisis (28-33).

Como ejemplo de algunas de las incógnitas a resolver en este campo, están las que dimensionan en términos económicos los efectos nocivos en la salud derivados de la contaminación ambiental, la valoración de alternativas viables para combatirla y los estudios que generan indicadores tales como: años de vida potencialmente perdidos, costo de secuelas, costos según grado de invalidez, valor monetario de una vida, etc.

Demanda de atención médica

En este campo, se pueden observar claramente las imperfecciones del mercado de los servicios de salud que se relacionan con: la existencia de externalidades, la ignorancia del consumidor, la incertidumbre, la existencia de monopolios y el constituir la salud un "bien meritario" que por sus implicaciones éticas merece un trato diferente (34-35).

Debido a las características distintivas de la demanda de salud, esta constituye un campo idóneo para el estudio de mercados imperfectos. Dentro de los factores a estudiar destacan las barreras que la obstaculizan y las diferencias existentes entre necesidad, demanda y utilización. Asimismo, se estudian los efectos sobre la demanda de atención médica de factores como: precio, ingreso, tiempo de traslado, tiempo de espera, tiempo de tratamiento, actitudes del personal de salud, factores demográficos, terapias alternativas, y la valoración económica de las barreras geográficas, culturales y organizacionales que obstaculizan la cristalización de la demanda.

Como ejemplo de incógnitas a resolver en este campo, también se pueden citar las que se refieren a los aspectos económicos de las adicciones. ¿Hasta qué punto influye la elasticidad-precio o elasticidad-ingreso en la demanda de tabaco? y ¿cuáles son las medidas de carácter económico

que se pueden instrumentar a fin de desalentar el consumo de sustancias nocivas (36-37).

Oferta de servicios

En este campo se analiza el funcionamiento, en términos económicos, de la respuesta social organizada para proveer de servicios de salud a una comunidad. Asimismo, se estudia la dinámica de factores estructurales dentro de la prestación de servicios, tales como la productividad, el patrón de equipamiento y los esquemas de organización y financiamiento, entre otros (38-40).

Aquí se ubica el análisis y la caracterización de los servicios de salud, a través del monto, tipo y combinación de recursos para el proceso de producción de los procedimientos de cada alternativa, las economías de escala y los aspectos relacionados con los costos y el financiamiento, las formas de pago, sanciones y sus repercusiones.

Evaluación microeconómica

En esta área se integran los estudios de costo-beneficio, costo-efectividad, programación lineal y las diversas técnicas de valoración económica de las alternativas de atención médica (41-43).

Su utilidad estriba en valorar de manera objetiva y sistematizada el efecto obtenido con los diferentes procesos de producción en términos de resultado y costos en la población a fin de comparar los montos y tipos de recursos empleados contra montos y tipos de resultados alcanzados.

Equilibrio en el mercado

Esta área analiza la interacción entre la oferta y la demanda de servicios de salud en términos económicos y sus efectos sobre la racionalización del sistema de salud.

Como ejemplo, se pueden mencionar los estudios que analizan los desequilibrios en materia de recursos humanos, materiales y financieros; tal es el caso de las investigaciones sobre los efectos del superávit de médicos, el déficit en la producción nacional de insumos para la salud, el déficit de servicios médicos y los desequilibrios geográficos y por servicio del mercado de atención médica (44-45).

Evaluación de los instrumentos de política

En este campo se analizan los mecanismos instrumentados por el Estado, tales como: subsidios, impuestos, controles y regulaciones y su

impacto sobre los determinantes de la salud y la prestación de servicios. Su acción se refleja dentro y fuera del sector actuando sobre la demanda y la oferta de los servicios (46).

El análisis de la política de subsidios permite evaluar el efecto redistributivo del ingreso que los sistemas de salud tienen sobre la estructura socioeconómica. Igualmente, es importante sistematizar el análisis de los efectos de la política fiscal sobre la salud; como ejemplo de ello, tenemos la valoración del impacto del gravámen sobre el consumo de sustancias nocivas como el tabaco y el alcohol (47-48).

Enfasis especial se debe dar a la valoración económica de la regulación sanitaria y ecológica que inciden en un nivel extrasectorial pero contribuyen en el objetivo de promover y conservar la salud (49).

Evaluación general del sistema

A este campo corresponde el análisis económico del sistema de salud en su conjunto. En él se integran los aportes de cada uno de los campos sobre problemas específicos para su análisis, contemplando la dinámica del sistema de salud como ente organizado.

Aquí sobresale además la interacción del sector salud con otros sectores de la economía, su papel en la política social, etc. Se puede decir que todos y cada uno de los campos que anteceden a la evaluación general del sistema, constituyen insumos para el desarrollo de esta evaluación. El análisis multifactorial y las técnicas de modelaje son instrumentos que requieren ser desarrollados para la ponderación de los elementos a evaluar. Como ejemplo se pueden mencionar los enfoques que se desarrollan en función del estudio de grandes áreas tales como: la equidad, la calidad, el uso eficiente de los recursos, el esquema de financiamiento o el acceso y utilización de los servicios de salud (50-52).

Planeación, regulación y supervisión

Este campo está integrado por tres áreas básicas. En lo referente a la planeación, se requiere instrumentar análisis de prospectiva en los cuales se operacionalice el propósito de alcanzar un funcionamiento más equitativo y eficiente que dé respuesta a las nuevas demandas de atención resultantes de los cambios en el perfil epidemiológico.

La segunda área a desarrollar en este campo es la relacionada con la elaboración de normas que garanticen una mayor eficiencia y equidad. Para ilustrar lo anterior, podemos mencionar los estudios que fundamentan la generación de economías de escala, así como las normas relacionadas con la productividad y la utilización de recursos.

La tercer área es la relacionada con la supervisión del desempeño, la evaluación de la productividad y eficiencia, así como con el mo-

nitoreo de aspectos económicos de vital importancia como son el cobro por servicios médicos y el desarrollo de unidades de monitoreo de costos unitarios en los diferentes servicios (53-55).

LA FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

De acuerdo con la perspectiva e influencia de la economía de la salud planteada y considerando los campos de aplicación de esta especialidad, resulta evidente la importancia de capacitar los recursos humanos del sector salud en esta área.

Se considera que es importante capacitar recursos que actualmente se ubican en el nivel operativo, táctico y estratégico de los servicios. Para este efecto se podrían estructurar cursos de educación continua para cada uno de los campos con una orientación eminentemente práctica, a través de la cual se haga una revisión teórico-metodológica con fines aplicativos y se dote de herramientas de análisis al trabajador de los sistemas de salud. En este esfuerzo se deberán considerar las funciones específicas que desarrolla cada grupo de recursos a capacitar.

A su vez, es necesario el desarrollo de acciones sobre los programas académicos tanto a nivel de licenciatura como de posgrado, por lo que a continuación se plantea una matriz donde se articulan los nueve campos de estudio y los niveles de formación de recursos según su ámbito de participación. Para el caso de la licenciatura, el análisis se hizo de acuerdo con las cuatro áreas principales de formación: ciencias sociales y humanidades, ciencias económico-administrativas, ciencias biológicas y de la salud y ciencias físico-matemáticas. Por otra parte, para el nivel de posgrado se consideraron las maestrías en salud pública, en sistemas de salud, en epidemiología y la especialidad en administración de hospitales. Estos programas fueron elegidos por considerarse que representan los campos de formación más frecuentes en el personal de salud pública.

La matriz de análisis propuesta se centra en los programas de formación escolarizada y estructurada, donde la estrategia para operacionalizar la integración de los contenidos de la economía de la salud se basan en la modificación de la currícula correspondiente, de acuerdo con los diferentes enfoques de cada profesión y programa académico.

El criterio de clasificación se basa en el nivel de formación, el tipo de conocimiento de cada área y su vinculación con los campos y el uso potencial de la teoría y métodos de la economía de la salud. Para ello, se constituyeron seis niveles de análisis, a saber: de información general; técnicas y procedimientos generales; información especializada; técnicas y procedimientos especializados; aplicación de resultados y análisis e innovación. La propuesta así constituida implica en términos generales, que en el nivel de licenciatura se espera alcanzar el manejo de información y uso de técnicas de carácter general, cuya aplicación en el campo de la economía de la salud

MATRIZ DE ANALISIS

Campos de aplicación \ Nivel de formación	Licenciatura ^a				Posgrado ^b			
	CSH	CEA	CBS	CFM	SP	SS	Ep	AH
	A. Determinantes y condicionantes	2	2	2	1	5	6	6
B. Qué es salud y su valor	2	2	2	1	5	6	5	4
C. Demanda de atención	2	2	2	1	5	6	5	5
D. Oferta de servicios	2	2	2	1	5	6	4	5
E. Evaluación microeconómica	1	2	2	2	5	6	4	5
F. Equilibrio del mercado	1	2	1	2	3	5	3	4
G. Evaluación de instrumentos de política	1	1	1	1	5	6	5	5
H. Evaluación general del sistema	1	2	1	1	4	6	4	5
I. Planeación, regulación y supervisión	2	2	2	2	4	6	5	6

Criterios de análisis:

- 1 = Información general
- 2 = Técnicas y procedimientos generales
- 3 = Información especializada
- 4 = Técnicas y procedimientos especializados
- 5 = Análisis y aplicación
- 6 = Innovación

^aLicenciatura:

- CSH = Ciencias sociales y humanidades
- CEA = Ciencias económico-administrativas
- CBS = Ciencias biológicas y de la salud
- CFM = Ciencias físico-matemáticas

^bPosgrado:

- SP = Maestría en salud pública
- SS = Maestría en sistemas de salud
- Ep = Maestría en epidemiología
- AH = Especialidad en administración de hospitales

se contempla como una entre diferentes opciones. Dentro del nivel de posgrado la información, las técnicas y procedimientos, así como su uso, aplicación y evolución, pasan a ser especializados en la materia, con niveles crecientes de amplitud y perspectivas de uso. Sin embargo, existen criterios diferenciales que conviene señalar para cada campo de aplicación.

De esta manera, partiendo del resultado del cruce de las dos variables de análisis, campo de aplicación y nivel de formación, resulta interesante observar, en primer término, que para el caso de los determinantes y condicionantes de la salud, la salud y su valor, demanda de atención médica, oferta de servicios, evaluación micro y planeación, regulación y supervisión, sería recomendable incorporar en los programas educativos a nivel de licenciatura, (médicos, economistas, sociólogos, actuarios, administradores, etc.), contenidos académicos para el conocimiento y aprendizaje sobre información, técnicas y procedimientos que permitan al egresado tener una visión general sobre la perspectiva económica que cada campo plantea.

En un segundo término, tenemos que para el caso de equilibrio en el mercado, evaluación general del sistema y evaluación de instrumentos de política, aunque con escasas excepciones, los autores recomiendan que para estos tres campos solo se incluyan contenidos que permitan, a cualquier

egresado de licenciatura, tener un nivel de información general dejando de lado el conocimiento y manejo de técnicas y procedimientos.

En relación con los estudios de posgrado, los contenidos a incluir en los programas educativos, para cada uno de los campos de aplicación planteados, corresponden a un grado más especializado. Por lo tanto, se sugiere que dichos contenidos fluctúen en un rango que va desde la información especializada, manejo de técnicas y procedimientos específicos, aplicación y análisis, hasta la innovación del conocimiento. El grado en que cada campo debiera introducirse dependerá del tipo de posgrado, según se plantea en la matriz. Al respecto, hay que resaltar que aunque los cuatro posgrados analizados requieren de un grado mayor de especialización sobre el cuerpo de conocimientos de la economía de la salud, solo en el caso de la maestría en sistemas de salud sería recomendable que para todos los campos de aplicación se integren contenidos que conduzcan a la innovación de teorías, técnicas y métodos de evaluación de esta disciplina.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

La incorporación de los preceptos de la economía de la salud en la formación de recursos humanos tiene implicaciones de gran magnitud, dado que los aportes mencionados plantean la base para la formación de la masa crítica que posibilite el desarrollo de un marco referencial válido y de aceptación general para conceptualizar en un primer momento lo que llamamos "búsqueda y logro de la máxima eficiencia y equidad en el sector salud". Esta tarea implica la introducción en el corto plazo de unidades didácticas sobre economía de la salud en los programas educativos para las distintas profesiones involucradas en el sector salud (médicos, enfermeras, economistas, administradores, etc.); aún cuando el contenido académico debe tener un mayor énfasis y profundidad selectiva, dependiendo de los campos y el programa de estudio, se considera fundamental su inclusión simultánea en cursos de posgrado y para el personal profesional del nivel operativo, a través de cursos de educación continua.

Esto plantea un gran reto para los educadores dadas las características que privan en un modelo educativo donde persiste la dificultad de articular las ciencias sociales con las biológicas y donde también con frecuencia la política de formación de recursos humanos no es acorde con las necesidades del contexto.

Por otra parte, existen características de la economía de la salud que son necesarias para lograr su plena utilidad:

a) Es un área teórica y metodológica. Una implicación de gran importancia es el hecho de que los campos de estudio planteados, permiten el diseño no solo de estudios que contribuyan al desarrollo del cuerpo de conocimientos sino que fundamentalmente, sus premisas teórico-metodo-

lógicas comprenden como objetivo central el desarrollo de investigaciones operativas que vayan más allá de la construcción del cuerpo teórico del conocimiento, es decir, que los resultados de tales investigaciones tengan la mayor aplicación práctica en la solución de problemas específicos que se aborden y por lo tanto repercutan en la toma de decisiones en la formulación e implementación de los programas, proyectos, planes y políticas de salud; cabe resaltar que en este sentido, las aplicaciones de la economía de la salud, resultan ser estratégicas para la reconversión y modernización de los servicios de salud.

Lo anterior tiene que ver explícitamente con uno de los principales problemas dentro del proceso de desarrollo científico y tecnológico en América Latina, pues a nadie escapa la gran dificultad para llegar a la aplicación práctica de los resultados de toda investigación en la toma de decisiones, de manera que dichos resultados no se limiten a la elaboración de un informe y/o un artículo científico, sino que deberán ser consecuentes en la generación de mejores servicios que resuelvan de manera gradual los nuevos retos a los que se enfrenta el sector.

b) Su abordaje, favorece y requiere la multidisciplina en el análisis, por lo que sus aportes conceptuales y metodológicos dan la pauta fundamental para abordar desde una perspectiva más integral e interdisciplinaria la búsqueda de respuestas y soluciones en torno al logro de la eficiencia dentro del sector, problema que cada vez es más vigente.

Ambos aspectos abren un desafío al cuerpo docente para diseñar estrategias y programas didácticos adecuados que agilicen que el trabajador de salud cuente con las herramientas y habilidades necesarias para encontrar la solución a la necesidad sanitaria de los distintos grupos sociales, con un conocimiento cada vez más amplio de la problemática de los sistemas de salud y de las necesidades de la población.

Paralelamente se presenta el reto de desarrollar investigación sobre la docencia, aprendizaje, capacitación y desempeño de los recursos formados. Este proceso en sí mismo abre la posibilidad de establecer mecanismos de evaluación educativa.

En relación con los servicios, las implicaciones en la formación de recursos humanos, fundamenta su importancia por el hecho de que la economía de la salud surge como una disciplina donde el planteamiento central de análisis brinda una visión sistemática e integral para la satisfacción de necesidades por los servicios, articulando el conocimiento de las características económicas que predominan dentro de los sistemas de salud y la sociedad en su conjunto y ante la tendencia del patrón epidemiológico de los distintos grupos sociales de la Región. Lo anterior justifica el esfuerzo de integración de los campos de aplicación de la economía de la salud en la formación de recursos humanos del sector, con el fin de desarrollar la masa crítica y la reproducción del conocimiento que se requiere para alcanzar los nuevos y variados desafíos que surgen ante el desarrollo de la nueva salud pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Samuelson, P. *Economics*. Nueva York, Ed. McGraw-Hill Book Company, 1970, pp. 4.
- (2) Mills A. y Gilson L. Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit. EPC Publication Num. 17. Evaluation and Planning Centre for Health Care. Inglaterra, 1988, pp. 2.
- (3) Cullis J. G. y West P. A. *The Economics of Health: An Introduction*. Martin Robertson, 1979.
- (4) Mills A. The Financing and Economics of Hospital in Developing Countries: Key uses and research questions. World Bank Population and Human Resources Department, PHN. Technical notes, mimeo.
- (5) Musgrove, P. Measurement of equity in health. *World Health Stat Q* 39(4):325-335, 1986.
- (6) Cumper, G. The cost of primary health care. *Trop Doc*, enero de 1984.
- (7) Lee, K. Resources and cost in PHC. *The Economics of Health in Developing Countries*. Nueva York, Oxford University Press, 1983.
- (8) Over, M. The effects of scare on Cost Projections for a Primary Health Care. Programme in a Developing Country. *Soc Sci Med* (22)3:351-360.
- (9) Economic Evaluation of Health Programmes. *World Health Stat Q* (38):4, 1985.
- (10) Donabedian, A. Una exploración conceptual. La calidad de la atención. México, D.F. *La Prensa Médica Mexicana*, 1982, pp. 1-39.
- (11) Gaspari, K. G. The Use and Misuse of Cost-Effectiveness Analysis. *Soc Sci Med* 17(15):1043-1046, 1983.
- (12) Hernández, P. et al. Equidad y salud: necesidades de investigación para formular una política social. *Salud Publica Mex* (33)1:9-17, 1991.
- (13) Kaplan, A. Definition and specification of meaning. En: Lazarfel, P. y Rosenber, M. *The Language of Social Research*. California, The Free Press of Glencoe, Inc., 1962, pp. 527-532.
- (14) Tuckett, D. *Sociology as a Science. An Introduction to Medical Sociology*. Londres, Bedford Square Press, 1976, Cap. II.
- (15) Maykovich, M. *Characteristics of Diseases. Medical Sociology*. Londres, Bedford Square Press, 1980, Cap. II.
- (16) Echeverri, O. et al. Cuidado postoperatorio: ¿En el hospital o en el hogar?. Un estudio de viabilidad. Reporte de investigación. *Salud Publica Mex* 1-31, 1972.
- (17) Mills, A. y Gilson, L., *op. cit.*
- (18) Cruz, C. y Hernández, P. La Economía de la Salud: reflexiones en materia educativa. *J Health Adm Educ* (en prensa).
- (19) Cruz, C. y Lozano, R. The Impact of Economic Crisis and Adjustment on Health Care in Mexico. International Child Development Centre. UNICEF, Occasional papers. No. 13, febrero de 1991.
- (20) Cumper, G. *Determinants of health levels in developing countries*. Nueva York, Research Studies Press, Wiley, 1984.
- (21) Livingstone, I. y Ord, H. W. National Income and the Standard of Living. En: *Economics for Eastern Africa. Studies in the Economics of Africa*. Heinemann Educational Books, 1980.
- (22) McKeown, T. *The Role of Medicine*, 2ª ed. Nuffield Provincial Hospitals Trust, Basil Blackwell, 1976.
- (23) McKeown, T. *The Modern Rise of Population*. Londres, Edward Arnold, 1976.
- (24) Musgrove, P. The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America and the Caribbean. *Int J Health Serv* (17)3:411-441.
- (25) Barlow, R. Health and economic development: A theoretical and empirical review. En: Sirageldin, I., ed., *Research in Human Capital and Development*, Vol. 1, Connecticut, JAI Press, pp. 45-75.

- (26) Fuch, V. The contribution of health services to the American economy. En: Cooper, M. H. y Culyer, A. J., *Health Economics*. Penguin, 1963.
- (27) Mushkin, S. J. Health as an investment. *J Polit Econ* (70)5:129-157, 1962.
- (28) Broome, J. Trying to value a life. *J Pub Econ*, febrero de 1978.
- (29) Dunlop, D. W. Theoretical and empirical issues in benefic identification, measurement and valuation related to parasitic disease control in poor countries. *Soc Sci Med* 19(10):1031-1037, 1984.
- (30) Jones-Lee, M. W. Trying to value a life: Why broom does not sweep clean. *J Pub Econ*, octubre de 1979.
- (31) Jones-Lee, M. W. The value of safety. *Econ J*, marzo de 1985.
- (32) Marin, A. Your money or your life. En: Three Banks Review. *Economic Journal*, junio de 1983.
- (33) Mooney, G. The Valuation of Human Life. Nueva York, MacMillan, 1977.
- (34) Baumol, W. J. y Blinder, A. S. En: *Economic Principles and Policy*. Cap. 4. Nueva York, Harcourt Brace Jovanovich, 1985.
- (35) Cullis, J. G. y West, P. A. The Economics of Health: An Introduction. Martin Robertson, Caps. 4-5.
- (36) Culyer, A. J. *The Political Economy of Social Policy*. Londres, Bedford Square Press, Cap. 3.
- (37) Maynard, A. Economic aspects of addiction policy. *Health Promotion* (1)1: 61-71.
- (38) Abel-Smith, B. I. The analysis of health service expenditure. En: Poverty, Development and Health Policy. Organización Mundial de la Salud, Public Health Paper 69, 1978.
- (39) Culyer, A. J. y Wrigth, K. G. *Economic Aspects of Health Services*. Martin Robertson, 1978.
- (40) Maynard, A. Pricing, demand and the supply of health care. *Int J Health Serv* (9)1:121-133, 1987.
- (41) Abel-Smith, B. *Cost Containment in Health Care*. Bedford Square Press, 1984.
- (42) Berki, S. *Hospital Economics*, Londres, Bedford Square Press, Cap. 5.
- (43) Drumond, M. F. *Principles of Economic Appraisal in Health Care*. Nueva York, Oxford University Press, 1980.
- (44) Frenk, J. et al. Desempleo médico. *Salud Publica Mex* (30)5, 1988.
- (45) Roemer, M. I. Market failure and health care policy. *J Public Health Policy*, diciembre de 1982.
- (46) Cruz, C. y Domínguez, M. Equidad en el cobro por servicios médicos hospitalarios: el caso de las cuotas de recuperación. *Salud Publica Mex* (32)4:449-463, 1990.
- (47) Leppo, K. y Vertio, H. Smoking control in Finland: A case study in policy formulation and implementation. *Health Promotion* (1)1:5-16.
- (48) Frenk, J. El financiamiento como instrumento de política pública. En: *Economía de la Salud, Perspectivas para América Latina*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica 517, 1989, pp. 169-174.
- (49) Hall, J. et al. Economic Assessment of the health benefits from improvements in air quality in the south coast air basin. Final Report, junio de 1989.
- (50) Coote, B. *Debt and Poverty: a Case Study of Jamaica*. Oxafam, 1985.
- (51) Less, D. Economics and Non-Economics of Health Services. The Three Banks Review 110, 1976, pp. 3-20.
- (52) Barr, N. *The Economics of the Welfare State*. Wiedenfeld and Nicolson, 1987.
- (53) Abel-Smith, B. Funding Health for All—Is insurance the answer? *World Health Forum* (7)1:3-32, 1986.
- (54) Cumper, G. Health Sector Financing: Estimating Health Expenditure in Developing Countries. EPC Publication No. 9 Evaluation and Planning Centre for Health Care, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1986.
- (55) Segall, M. M. Planning and Politics of Resource Allocation for Health Care: Promotion of Meaningful National Policy. *Soc Sci Med* (17)24:1947-1960, 1983.

GUATEMALA: LA PARTICIPACION DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS EN PROYECTOS COMUNITARIOS DE DESARROLLO EN SALUD

Geraldine Grajeda¹ y Ernesto Velásquez Pérez²

INTRODUCCION

En la actualidad las Facultades de Medicina de América Latina, se enfrentan a duros cuestionamientos, tratando de determinar en qué medida sus esfuerzos técnicos y financieros han contribuido a formar un profesional capaz de desenvolverse adecuadamente en la realidad actual del país. Al hablar de la realidad actual del país, se está indicando la necesidad de fomentar en el profesional de medicina, actitudes positivas para comprender y contribuir a la solución de los problemas de salud; esto implica desarrollar destrezas y habilidades que permitan poner en práctica el conocimiento adquirido. Parte de estos cuestionamientos se expresan en la duda, acerca de cuál debe ser el énfasis o enfoque curricular: clínico o familiar-comunitario, o la fusión de estos dos; la decisión es una tarea difícil porque en ella intervienen intereses individuales y gremiales, que se expresan ampliamente en la ideología imperante de cada uno de los que, de una u otra forma orientan la educación médica. Otros interrogantes importantes son: ¿en dónde estamos formando predominantemente al médico, en el hospital, en la comunidad o existe un justo equilibrio entre ambos? ¿Cómo hemos evaluado o quién ha evaluado y en base a qué? ¿Será que la educación médica se ha convertido en una actividad en sí misma? ¿Estará preparado el médico para afrontar la problemática nacional y personal?

Estas preguntas abren muchos caminos para referirnos al médico, a su formación, desempeño y a las posibilidades de que pueda contribuir, como estudiante y profesional, a la solución de los problemas más urgentes en el área de salud.

¹ Evaluadora del Proyecto DLS, Docente Facultad de Medicina, USAC.

² Coordinador del Proyecto DLS, Director del Programa de Atención Materno Infantil, Facultad de Medicina, USAC.

En esta oportunidad presentamos una experiencia recién iniciada, que promete proporcionar elementos fundamentales que permiten orientar objetivamente el conocimiento y ofrecen soluciones para algunos de los planteamientos señalados anteriormente.

MARCO CONCEPTUAL

El proceso salud-enfermedad es, inevitablemente, el marco de referencia para decidir enfoques para la educación médica (1). Si partimos de este principio, en la época actual no podemos dejar de visualizar el enfoque integral de este proceso, enfoque que nos hace partir de una realidad para tratar de transformarla (2); esta realidad es dinámica y cambiante, en la cual los aspectos sociales, políticos y económicos toman un papel preponderante (3); sin embargo la existencia de un subsector dedicado a la práctica liberal de la medicina y que escapa del control del sistema de salud, lo que hace que gran parte del gremio médico, muchos de estos desempeñando funciones docentes, de servicio y de investigación, se convierta en un grupo de presión que se opone en forma sistemática a las modificaciones que las prioridades sociales exigen, les interesa más la atención médica que la atención de salud; se orientan más al tratamiento que a la prevención. Esta situación nos obliga también a tener que definir el ámbito en el cual los procesos educativos se deben desarrollar (4).

Este enfoque orienta a las escuelas formadoras a revisar su quehacer, orientando esta revisión, a responder cuestionamientos como los que nos hace Akinkugbe. ¿Da la Universidad contenido práctico a las actividades de enseñanza, investigación y servicio? ¿Se aceptan verdaderamente los conceptos de participación? ¿Existe un reconocimiento a la contribución que las actividades comunitarias en salud de carácter sencillo, destinadas a resolver problemas, son útiles para el desarrollo socioeconómico en general? (5)

Esta revisión obliga a la búsqueda y selección de estrategias que nos proporcionen las bases para una verdadera reestructuración de los planes de estudio y lograr que estos estén en consonancia con las necesidades de la sociedad.

Dentro de los aspectos básicos de esta reestructuración es trascendental redefinir el enfoque de la investigación, la cual debería responder a la necesidad de conocer y generar conocimiento propio, en torno a las necesidades concretas de la población (6). Esto nos hace pensar que también es básico redefinir cómo debe ser el nivel de interacción entre la universidad y la sociedad: una relación pasiva en donde solamente "se forman profesionalmente" impide una interacción que facilite y promueva el análisis de los problemas y también se ofrezcan soluciones, se diseñen y prueben modelos, se presten servicios, se entre en contacto con la realidad social y se establezcan nexos con otras instituciones de la comunidad.

Por último sería necesario redefinir el papel que la Universidad juega en relación con la prestación de servicios, ya que se ha pensado que la Universidad debe de ser institución formadora de recursos y otras instituciones deben ser las responsables de la prestación de servicios; sin embargo, no podría la Universidad cumplir a cabalidad su cometido si desliga sus tres funciones sustantivas: docencia, investigación y servicio (7, 8).

Estos tres aspectos integrados implicarían que se investigue para conocer la realidad, se enseñe a partir de estos conocimientos y se preste un servicio como respuesta al conocimiento adquirido, servicio que a su vez generaría más aspectos a investigar y profundizar. Como dice Prywes **“Quien presta servicio enseña, quien enseña presta servicio”** (9).

Como producto de este análisis, se hace relevante que la integración docente-asistencial investigativa nos proporcione un proceso estructurado de trabajo, de formación del personal de salud el cual a su vez se base en un proceso permanente de investigación, en el que participen, desarrollando una verdadera coordinación, las instituciones formadoras, el servicio y la comunidad (10).

El proyecto DLS se inició en noviembre de 1987, en la Facultad de Ciencias Médicas, con la elaboración de una propuesta por el CICS y presentada internamente para el conocimiento y la aprobación de los programas involucrados, diferentes niveles de autoridades, y fue posteriormente aprobado por la Junta Directiva.

Esta propuesta presenta una metodología alternativa, para operacionalizar las acciones que se desarrollan en programas de docencia, servicio e investigación.

Nace del análisis de la problemática de salud y del escaso impacto logrado con las acciones desarrolladas por los programas de docencia y servicio. Este análisis permitió reflexionar sobre las formas en que se han implementado programas de salud, haciéndose evidente que la formación de este personal está orientada en sí misma y no para facilitar la formación de actitudes que permitan conocer, comprender y contribuir mejor a la solución de la problemática de salud.

Por otra parte se reconoce el escaso desarrollo que la participación comunitaria ha logrado y las dificultades para que los programas de docencia y servicio la faciliten en forma real.

Esta propuesta retoma la experiencia que en 1969 se tuvo en Chimaltenango con el Programa PROSAC, la experiencia de Ejercicio Profesional Supervisado a lo largo de 15 años, experiencia generada en 1985 en la implementación del programa de extensión de cobertura en el Hospital Nacional de Antigua, investigaciones realizadas en relación con el EPS y las condiciones de eficiencia de los puestos de salud, así como grado de desarrollo de la participación comunitaria en 74 comunidades.

De estas experiencias se analizan los logros, los factores que determinaron su desarrollo y las ventajas de la metodología desarrollada;

además se logró establecer como *factores limitantes* los siguientes:

a) Falta de sistematización y evaluación del desarrollo de los procesos generados, lo cual impidió la retroalimentación para aplicar correctivos oportunos al mismo.

b) Incorporación de equipos multidisciplinarios sin tener en cuenta las necesidades comunitarias.

c) Objetivos educacionales poco coherentes con las prácticas comunitarias.

d) Desvinculación de las prácticas comunitarias terminales de la carrera con los otros programas docentes.

e) Falta de precisión en cuanto a formas apropiadas para fortalecer la participación comunitaria.

f) Incorporación de metodologías de trabajo comunitario, sin realizar un proceso de reflexión crítica que permitiera hacerlas viables y factibles, de acuerdo con las condiciones sociopolíticas imperantes.

g) Incorporación de estudiantes de diferentes disciplinas a realizar acciones concretas sin establecer previamente las condiciones socio-culturales y políticas de la población.

Como factores facilitadores se identificaron los siguientes:

a) Interés institucional de la USAC por realizar trabajo comunitario y exponer al estudiante al abordaje de una realidad concreta.

b) Preocupación de las instituciones formadoras por desarrollar experiencias de aprendizaje extramuros.

c) Conocimiento de las condiciones sociales y económicas de algunos municipios.

d) Desarrollo de investigaciones operativas para mejorar las condiciones del servicio.

Contexto de los procesos

Estos procesos han tenido como común denominador la falta de coordinación dentro de la docencia y el servicio, falta de comprensión por parte del MSP del trabajo de equipo que determinaba que se exigiera más actividad asistencial en los servicios de salud y falta de formación de una actitud positiva para el trabajo en equipo. Por otro lado, las directrices establecidas para facilitar la participación comunitaria están orientadas más a la imposición y aceptación de programas preestablecidos, que al desarrollo de una verdadera participación comunitaria; se agregan la existencia de condiciones económicosociales precarias dentro de un marco político inestable, y de enfoques curriculares que no permiten impulsar adecuadamente actividades que se aparten de una planificación rígida. La investigación se desarrolla de acuerdo con los intereses institucionales; en suma, el enfoque que se da al trabajo comunitario resulta no coherente con las necesidades de las comunidades.

Proyecto de desarrollo local en salud a través de uso de metodologías participativas

Esta es una experiencia desarrollada en los últimos 18 meses por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, a través del Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud (CICS), Programa de Ejercicio Profesional Supervisado Rural (EPS Rural), y el Programa de Atención Materno Infantil, en coordinación con las Escuelas de Enfermería, Carrera de Trabajo Social (CUNOR), Sector Educación, Agricultura, Jefaturas de Area y Distrito de Salud, Municipalidades a nivel local.

El Proyecto se ubica en cuatro puestos de salud localizados en diferentes áreas del país, las cuales son representativas de cada región, cubre aproximadamente una población de 22 000 habitantes, distribuidos en 30 comunidades, cuya población oscila entre los 1000 y 1500 habitantes. Actualmente se ha iniciado en tres de los cuatro puestos de salud.

La Facultad y el servicio han establecido en forma conjunta los siguientes propósitos:

1. Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud en las poblaciones incluidas en el Proyecto (2).
2. Contribuir al análisis y redefinición de las políticas de salud y de formación de recursos humanos, dentro de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS).

Las principales metas a alcanzar para lograr los propósitos planteados son:

1. Reducir la mortalidad y morbilidad en la comunidad.
2. Aumentar las coberturas de los programas dirigidos a grupos de riesgos.
3. Desarrollar la autogestión de los grupos organizados de la comunidad y propiciar el análisis de la información y experiencia obtenidas durante el desarrollo del proyecto, en los niveles de decisión y operativos de las instituciones participantes, proporcionando elementos para el análisis y replanteamientos de políticas de salud y de la formación de recursos humanos (servicios de salud, Facultad de Medicina y Escuela de Enfermería).

Las actividades están orientadas a la realización de un estudio antropológico, acciones de capacitación del equipo operativo y de la comunidad organizada en el área de técnicas participativas, uso de metodologías participativas de investigación, planificación, programación y evaluación en salud a nivel local, determinaciones periódicas del grado de participación comunitaria en las acciones de salud, formación o activación de comités de salud, fortalecimiento del sistema de información local, diagnóstico de salud local con ordenamiento de los problemas y, finalmente, la elaboración y ejecución de planes de acción para la solución de proble-

mas prioritarios, elaboración y ejecución de proyectos de investigación y para la divulgación de la experiencia generada durante el desarrollo del proyecto.

El proyecto además, propone la participación activa y directa de la comunidad y el servicio, el establecimiento de una sólida coordinación con otras organizaciones y sectores representativos en la comunidad (cooperativas, organizaciones no gubernamentales, sector educación y Ministerio de Desarrollo, Consejos de Desarrollo Local, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá). La comunidad participará a través de voluntarios que colaboran con el Puesto de Salud, líderes de organizaciones comunales y comités de salud que existan o se formen durante el desarrollo del proyecto.

La metodología propuesta hace indispensable incorporar la participación directa de otras disciplinas y sectores; según los problemas determinados en cada comunidad, esta participación se hará por medio del Ministerio de Educación Pública, Ministerio de Desarrollo y disciplinas que en la actualidad realizan Ejercicio Profesional Supervisado Rural en la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Para alcanzar las metas y objetivos propuestos se utilizará la investigación participativa, la cual se conceptualiza como un método de trabajo educativo, a través del cual se producen conocimientos sobre una realidad que se desea cambiar o modificar, teniendo implícita la acción consciente, individual y colectiva que se logra únicamente a través de mecanismos participativos.

La utilización del método se basa en el enfoque que la Facultad de Ciencias Médicas (USAC), ha decidido dar a la práctica de la investigación y a la ejecución de proyectos impulsados por los Ministerios de Salud y Educación Pública.

Como estrategia de trabajo se utilizará la canalización, lográndose con ella establecer coordinación permanente entre el personal del puesto de salud y la comunidad, por medio de la visita domiciliaria sistemática.

La evaluación del proyecto estará orientada a valorar el logro de los objetivos y el alcance de las metas, dentro del proceso y finalización del mismo. Los principales indicadores que se utilizarán en la evaluación están orientados a definir indicadores cuantitativos y cualitativos.

¿QUE HEMOS LOGRADO?

Los logros de un proyecto generalmente se determinan a largo plazo, más si este pretende lograr impacto en las condiciones de salud o cambios en la orientación de las políticas. En esta oportunidad, intentaremos hacer un esfuerzo por mostrar algunos logros alcanzados en los primeros 18 meses en aspectos generales, de índole cualitativa que, según nuestra opinión, van constituyendo el proceso del proyecto y se convertirán

en la base para lograr los objetivos y metas propuestas.

No comentaremos el caso de cada comunidad solo los aspectos generales de las cuatro áreas de trabajo (Sipacate, Escuintla, La Lagunilla, San Pedro Ayanpuc, San Ramón Totonicapán y Santa Cruz Verapaz), ya que cada una de ellas ha representado una dinámica particular.

Para un mejor ordenamiento, referiremos los logros con relación a los propósitos propuestos:

1. Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de la población incluida en el área de influencia de 4 Puestos de Salud en la República de Guatemala.

a) Elaboración de estudio sociocultural, con participación de la comunidad, el cual proporciona elementos básicos para la elaboración del diagnóstico cualitativo.

b) Uso de instrumentos para evaluar riesgo familiar e implementación de acciones según el enfoque de riesgo.

c) Formación y seguimiento de promotores de salud usando investigación y técnicas participativas.

d) Apoyo a programas propuestos o en desarrollo de otras organizaciones o sectores, tales como mejoramiento de vías de acceso, introducción de drenajes y agua potable, proyecto de formación de cooperativas.

e) Aumento de la cobertura de los programas del control pre y posnatal, vacunación, control de crecimiento y desarrollo, tratamiento de la diarrea y saneamiento ambiental.

f) Apoyo al desarrollo de la organización y participación comunitaria, haciendo énfasis en fortalecer la toma de decisiones, planificación, ejecución y evaluación de los proyectos comunitarios.

2. Contribuir a la definición y análisis permanente de las políticas de salud y políticas de formación de recursos humanos en salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

a) Reflexión en torno a los "principios y objetivos" propuestos en el Plan Nacional de Salud, ya que, poco se ha logrado en cuanto a considerar que la salud sea parte del perfil de bienestar, que alcance dimensiones intersectoriales y que las acciones de salud se orienten a los grupos desposeídos. Esta reflexión ha llevado a concluir que, al menos en las áreas de estudio, las instituciones del estado y las organizaciones no gubernamentales no orientan sus acciones en una forma multisectorial, multiinstitucional y multidisciplinaria para lograr que la salud esté incluida dentro del perfil de bienestar, lo que significa que las acciones son eminentemente curativas verticales y poco participativas.

b) Análisis de los procesos de planificación y programación local, identificándose la exclusión total de la participación de la comunidad en este proceso, así como la ausencia de mecanismos reales de coordinación. Por lo cual no se ha logrado que la estrategia de atención primaria alcance

a desarrollar los servicios regionalizados del primer nivel ni la articulación dinámica con sus componentes fundamentales para el desarrollo local, tales como acción intersectorial, participación real de la comunidad, uso de tecnología apropiada y la incorporación del saber popular en salud y bienestar. Es necesario enfatizar como parte del análisis realizado, que para lograr el desarrollo local se requiere un intercambio activo entre el saber técnico en salud y el saber popular con un esfuerzo sostenido por la democratización del conocimiento y la expansión de prácticas sociales horizontales, solidarias y participativas (11).

Como producto del análisis realizado por el equipo del proyecto se ha puesto énfasis en la utilización de la sistematización de la experiencia, apoyo y desarrollo de la investigación participativa y esfuerzos para integrar y mantener un equipo multidisciplinario, multiinstitucional y multisectorial.

c) Análisis de los mecanismos de coordinación dentro del sector salud y otros que se encuentran al iniciar el proyecto. Podríamos decir que la existencia de múltiples y variadas acciones de salud no se comparan con los débiles y escasos intentos de establecer coordinación, siendo posiblemente los factores más importantes la rigidez de los objetivos institucionales y la ausencia de estrategia para lograrlos. Este análisis nos enfrentó a la necesidad de buscar estrategias para integrar instituciones.

La primera táctica utilizada fue propiciar la confrontación de los objetivos y actividades de cada una de las instituciones con los problemas y realidad de las comunidades. Por ejemplo, todas las instituciones tienen objetivos y actividades definidas que pretendían dar un servicio y resolver los problemas prioritarios de las comunidades; sin embargo, el denominador común encontrado en función de la aceptación de este servicio era el rechazo o la indiferencia (“tengo el dinero y programas a desarrollar pero la comunidad no los acepta”, “la formación que se les está dando a las enfermeras no corresponde a las necesidades actuales”).

La segunda táctica fue iniciar un proceso de reflexión en función de la confrontación, lo que nos condujo al establecimiento de necesidades comunes de instituciones (puesto y centro de salud, medicina, psicología, trabajo social, enfermería, educación, agricultura, CEFOL, Ministerio de Desarrollo, municipalidades) y grupos comunitarios. Por ejemplo: la necesidad de brindar al personal en formación una oportunidad de práctica acorde con la realidad y desarrollar un trabajo comunitario que permitiera la transformación de los problemas de salud.

Enfatizar con la comunidad la importancia de valorar sus costumbres y tradiciones así como reconocer sus características socioeconómicas como marco contextual de su problemática de salud, haciendo hincapié en apoyar procesos de participación comunitaria y educación popular con el objeto de propiciar el crecimiento de los grupos comunitarios. Por ejemplo: el desarrollo de la metodología de análisis de coyuntura, por parte del grupo de trabajo social, logra que tanto instituciones como grupos comunitarios

entiendan la dinámica social de esa comunidad superando barreras de comunicación y los obstáculos existentes para la participación. Esto permite desarrollar un proyecto de abastecimiento de agua, en el cual la comunidad se involucra desde la identificación del problema, la elaboración de un diagnóstico participativo, y la ejecución y la evaluación del mismo. Esto mismo ocurre con el proyecto de creación de una escuela nocturna, una tienda comunal y formación de promoción en otras comunidades.

d) Análisis del desarrollo alcanzado por el programa de supervisión infantil, estrategia de canalización y participación comunitaria, los cuales existen en forma muy incipiente, orientándose más las acciones de salud a la manipulación e imposición de programas y actividades. Este análisis llevó a profundizar en el patrón de participación comunitaria establecido previamente, en donde el grado de desarrollo de la participación comunitaria, tanto en las áreas del proyecto como en todo el país, es bajo e intermedio, medido de acuerdo con el parámetro de amplitud de la participación, el tipo de gestión pasiva y las categorías conceptuales hombre-objeto, hombre-sujeto, bajo las cuales el personal institucional impulsa la participación comunitaria predominantemente orientado a la categoría hombre-objeto, lo cual evidencia un alto grado de imposición de los objetivos institucionales y que la participación de la comunidad no había sido considerada como eje central para la operacionalización de los problemas de salud.

e) Identificación de deficiencias en la formación del médico, tales como escasa preparación para el trabajo con la comunidad, el trabajo en equipo, actitud negativa al trabajo comunitario. A pesar de que el currículum de la Facultad de Ciencias Médicas está orientado a formar un médico con capacidad para resolver la problemática prioritaria de salud del país, lo que conlleva una serie de programas (medicina de la colectividad, materno infantil, medicina del trabajo, etc.) con carga teórica orientada hacia el enfoque social de la salud, en la ejecución de los mismos se observa una escasa relación de la teoría con la práctica y mucho menos que esta práctica retroalimente a la teoría como base para proponer transformaciones docentes y asistenciales.

Esto ha provocado que el proceso educativo, asistencial e investigativo se aleje cada vez más de la realidad, realidad que exige el desarrollo de estrategias metodológicas para su abordaje basadas en concepciones que fortalezcan la generación de conocimiento, que fundamenten la integración de equipos de trabajo, conscientes de la responsabilidad que implica el trabajo comunitario. Como producto de esta situación se observó en docentes y estudiantes una actitud de indiferencia o rechazo a estas acciones.

Como resultado de los esfuerzos para superar los obstáculos identificados se hizo necesario implementar y desarrollar la metodología de sistematización de la experiencia, como elemento básico que ha permitido romper la imposición de acciones en los grupos comunitarios, dando

origen a que los objetivos de las escuelas formadoras, en el trabajo comunitario, que a la fecha han sido eminentemente experiencias de enseñanza-aprendizaje, se orienten a objetivos que, sin perder la importancia de la formación, tomen en consideración los problemas prioritarios de salud de las comunidades con objeto de conocerlos y contribuir a su transformación; ello se interpreta como el inicio de un cambio en el ámbito en el que los procesos educativos se deben desarrollar, y en la competencia para el desempeño profesional de las disciplinas participantes. Es un proceso que genera conocimiento en los grupos involucrados, que lleva a un planteamiento de su quehacer, tanto a nivel institucional como de los grupos comunitarios que los conducen a la autogestión.

f) El conocimiento generado por el proceso desarrollado ha evidenciado deficiencias en el proceso educativo para poder desarrollar un trabajo comunitario, que se hace necesario reforzar o cambiar, a fin de que las acciones se sustenten en el análisis y la reflexión, que tome en consideración características locales, tales como etnias, cultura, educación y aspectos socioeconómicos, que en nuestro país son de gran relevancia; solamente así puede esperarse que la educación pueda lograr una transformación de las condiciones de salud. Para superar estas deficiencias se han implementado cambios curriculares en las escuelas involucradas, que incluyen aspectos teórico-prácticos de antropología de la salud, medicina tradicional, etnografía, técnicas participativas e investigación participativa, lo cual ha producido cambios de actitud, aumento del nivel de participación y compromiso de estudiantes y docentes, traducidos en flexibilidad de los objetivos institucionales y una concepción diferente del quehacer que desarrollan en su práctica, en comparación con grupos de docentes y estudiantes no involucrados en el proyecto.

g) Se ha puesto interés en desarrollar un enfoque antropológico y participativo en las acciones del equipo de trabajo en las diferentes comunidades. Esto ha permitido que al valorar y tener en cuenta los aspectos socioantropológicos locales se agilicen los objetivos de las instituciones formadoras y de servicio, con lo que es posible lograr que las acciones de los programas de salud sean más efectivas. Esto ocurre, por ejemplo, cuando el docente y el estudiante se adentran en considerar y valorar la existencia de un sistema de salud tradicional, que ha permitido realizar acciones con mayor eficiencia y aceptación. Se ha iniciado la relación del médico, la enfermera, el trabajador social y personal del puesto de salud con personal de salud tradicional como comadronas, curanderos, brujos, etc., y se ha logrado un aumento de las referencias de riesgo, y en consecuencia un aumento de cobertura de los programas de salud. Asimismo se ha observado un aumento de interés de los estudiantes de medicina por realizar investigación para tesis de pregrado en aspectos antropológicos de problemas detectados en dichas comunidades.

h) Dentro de los proyectos de salud, en términos generales, no se incorpora la evaluación sistemática de las acciones realizadas, lo que provoca que no se retroalimenten los procesos ni se aprenda de los errores cometidos.

En este proyecto se hace el esfuerzo de desarrollar un modelo de evaluación, que sin menospreciar la información cuantitativa, le da importancia a la información cualitativa que se obtiene en el proceso y como producto, para retroalimentarlo, así como involucra en el proceso de evaluación a las diferentes disciplinas participantes y a los grupos comunitarios. Como parte del modelo se pretende evaluar todas las acciones realizadas tanto de formación como de servicio, analizando logros y obstáculos. Por ejemplo: en una reunión de evaluación en la Escuela de Enfermería un líder comunitario opina "lo que en teoría está describiendo, no coincide exactamente con lo que están haciendo en mi comunidad", "no se realizó la jornada médica que necesitamos", "necesitamos aprender por qué algunos niños de nuestra comunidad se enferman y otros no, a pesar de estar viviendo igual que los demás, para hacer las cosas con las que podemos evitar que se enfermen".

Los logros de este proyecto a la fecha se han alcanzado en un ámbito de limitaciones económicas, con recursos propios de cada una de las instituciones, enfrentando resistencias de algunos grupos institucionales, que lentamente han ido cediendo espacio, en comparación con la aceptación de los estudiantes de las diferentes disciplinas participantes, manifestada a través del proceso de evaluación: "Este proyecto nos está permitiendo aprender a trabajar en equipo, sin perder la individualidad de cada disciplina" y del personal comunitario "nosotros pensamos que lo que hemos aprendido, solo los doctores lo podían aprender".

Se considera que solo el esfuerzo sistemático de conocer y analizar el proceso de enseñanza-aprendizaje en el ámbito de la realidad, nos dará la pauta para encontrar los elementos fundamentales, que nos permitan participar adecuadamente en la formación del recurso humano; esto solo se logrará si la Universidad y la Facultad de Medicina se deciden a trabajar con la comunidad, bajar de la "academia pura" a los problemas de desempeño profesional y de la realidad de salud de nuestro país.

REFERENCIAS

- (1) Villalobos, L. *Salud y sociedad, un enfoque para Centro América*. San José, IN-CAP, 1989.
- (2) Mahler, H. Derrocando el imperio médico. *Revista Salud Panamericana*, Vol. 1.
- (3) Cardona Osario, J. El concepto de salud, enfermedad y salud pública, según los diferentes modos de producción.
- (4) Akinkugbe, O. Torre de Marfil o Compromiso para con la Sociedad. *Salud Mundial*, abril de 1984.
- (5) Ferreira, J. R. La integración de los servicios, la docencia y la investigación en la atención primaria de la salud. Seminario Internacional en APS. La Habana, 1986.

- (6) Meza Cuadra, A. Marco conceptual de la educación médica y salud para todos en el año 2000.
- (7) Soberón, G. y Rivera, O. Un reto y una oportunidad. *Salud Mundial*, abril de 1984.
- (8) Prywes, M. Quien presta servicio enseña, quien enseña presta servicio. *Salud Mundial*, abril de 1984.
- (9) Quiñónez, J. y Vidal, C. *La integración docente-asistencial: Conceptos y estrategias de acción*. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Argentina, 1987.
- (10) Hevia R. P. Los desafíos de la participación social en el nivel local de salud. *Revista Enfoques en Atención Primaria*. Año IV, No. 1, Santiago de Chile, mayo de 1989.
- (11) Velásquez, E., Velásquez, M. y Castillo, M. A. Participación comunitaria en salud en 74 comunidades rurales en Guatemala. *Revista del CICS*, Vol. 1, No. 1, marzo de 1990.

BOLIVIA: ANALISIS DE LA UTILIZACION DE LOS EGRESADOS DE LA MAESTRIA EN SALUD PUBLICA

Mary R. de Llerena,¹ Rosario Velásquez² y Carmen Rosa Serrano³

INTRODUCCION

El curso de posgrado "Maestría en Salud Pública", surge como respuesta a una necesidad detectada por el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública ante la carencia de recursos humanos calificados, para cumplir funciones de investigación, docencia y administración de los servicios de salud.

La planificación del plan de estudios de la Maestría en Salud Pública empezó en 1979 y se consolidó en 1984 con la cooperación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

En el proceso intervino una Comisión Docente Asistencial integrada con miembros de la Universidad Boliviana y del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. No obstante, la Maestría en Salud Pública se inicia únicamente bajo la responsabilidad del Ministerio en 1984. Un año después se firma un convenio entre la Universidad y el Ministerio, por el cual la Facultad de Medicina ejerce tuición sobre el posgrado en Salud Pública.

A la fecha de realizar este estudio (1989) se habían desarrollado tres cursos de Maestría en Salud Pública, sumando un total de 92 egresados, siguiendo un perfil ocupacional, un perfil profesional y objetivos educacionales que tienen como propósito convertir este recurso humano en líder

¹ Directora Nacional de Recursos Humanos, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública de Bolivia (al momento de escribirse este artículo).

² Jefe del Dpto. de Evaluación y Utilización, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública de Bolivia.

³ Unidad de Investigación, Dirección Nacional de Recursos Humanos, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública (al momento de escribirse este artículo).

y agente de cambio en el manejo de los servicios de salud, así como satisfacer las necesidades cuantitativas de este personal.

Dadas las circunstancias latinoamericanas actuales de crisis e intranquilidad, de políticas sanitarias cambiantes, surgió la preocupación por definir el rol del curso de Maestría en Salud Pública frente a las necesidades de salud de la población y las políticas de salud del Ministerio. Este hecho determinó la necesidad de realizar una evaluación de este esquema de formación y de su producto. Para ello, se propusieron dos métodos complementarios: un estudio de evaluación prospectiva y un estudio de corte de diagnóstico actual del curso. Ello permitiría, por un lado, conocer la utilización del Maestro en Salud Pública dentro de los servicios de salud, puesto que se ha formado una cantidad de personal con calificación para desempeñar funciones específicas, y por otro lado, lograr una realimentación técnica y metodológica de la formación, localizando los aciertos y las falencias de la misma mediante el análisis de la utilización y el desempeño de este recurso. Así mismo, detectar requerimientos de formación de otro personal, dentro de las subespecialidades de la salud pública que respondan a las necesidades actuales de los servicios de salud.

OBJETIVOS DEL CURSO

Los objetivos generales del curso consistieron en realizar una aproximación diagnóstica del curso de Maestría en Salud Pública y evaluar la utilización de los recursos humanos formados.

Los objetivos específicos se concentraron en:

- Analizar la infraestructura del curso de Maestría en Salud Pública.
- Identificar la distribución de los recursos humanos formados en el sector salud.
- Analizar las funciones que cumplían y cumplen los egresados.
- Determinar la ubicación de este recurso dentro de la estructura de decisión de la institución donde trabaja.
- Identificar puntos de correspondencia entre la formación y las funciones actuales.

Aspectos metodológicos

Se trató de un estudio de corte transversal, realizado mediante encuestas directas a niveles de dirección del curso de Maestría, así como a

los egresados de los primeros y segundos cursos de Maestría, y los directores y jefes de departamento del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Caja Nacional de Salud y otras instituciones.

Se utilizaron tres instrumentos diferentes dirigidos a cada uno de los grupos, que contenían casi los mismos parámetros en relación con los objetivos del estudio.

La muestra estuvo constituida por el Director y Coordinador del curso de Maestría, para la información sobre la infraestructura del curso, 45 egresados (64% del total) de los dos primeros cursos de Maestría para el estudio de seguimiento, y 27 autoridades del sector salud, para la encuesta de opinión sobre la necesidad de este recurso humano; los criterios de selección se basaron en la accesibilidad y concentración de los componentes de la muestra; el ámbito del estudio se circunscribió a los Departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, y el tiempo de duración de la recolección de información fue de un mes.

Resultados

Los resultados del presente trabajo se circunscriben a determinar la disponibilidad actual de salubristas en el país, a disponer de información proveniente de las autoridades actuales del curso de Maestría en Salud Pública, como complemento a la evaluación prospectiva que se está realizando sobre el mismo curso en forma conjunta por la Universidad, el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, y la OPS/OMS, a dar seguimiento a la formación y utilización de los egresados de los dos primeros cursos de Maestría en Salud Pública, y a recabar la opinión de las autoridades del sector sobre la necesidad de este recurso humano.

DISPONIBILIDAD ACTUAL DE MAESTROS Y ESPECIALISTAS EN SALUD PUBLICA

La apreciación sobre este punto se basa en la información recogida sobre los egresados de la Maestría en Salud Pública del país, y en las listas de miembros de la Sociedad Boliviana Multidisciplinaria de Salud Pública (que incluye socios de diferentes profesiones, pero existe una Sociedad Médica de Salud Pública que solo afilia a estos profesionales). Por otra parte, no todos los salubristas pertenecen a estas dos sociedades, por lo que los datos no incluyen a todos los salubristas del país, pero permiten obtener una aproximación a la realidad.

De los datos de los Cuadros 1, 2, 3 y las Figuras 1 y 2 se puede concluir lo siguiente:

En cuanto a la disponibilidad en subespecialidades de la salud pública (Cuadro 1) 85,5% son salubristas generales, 6% son epidemiólogos

CUADRO 1. Disponibilidad de salubristas (especialistas y maestros), 1988.

Formación profesional básica	Salubristas formados en el país y fuera del país							Total	%
	Generales	Epidemiólogos	Planificadores	Salud ocupacional	Adm. de hospital	Saneamiento ambiental	Materno-infantil		
Médicos	121	11	2	2	10		1	147	68,7
Enfermeras	31	1						32	15,0
Odontólogos	11							11	5,1
Nutricionistas	3							3	1,4
Bioquímicos farmacéuticos	2							2	0,9
Veterinarios	1							11	0,5
Abogados	2							2	0,9
Economistas	2				2			4	1,8
Adm. de empresas	1							1	0,5
Ingenieros	2							2	0,9
Trabajadoras sociales	4							4	1,8
Antropólogos	1							1	0,5
Técnicos	2	1					1	4	1,8
Total	183	13	2	2	12	1	1	214	100
%	85,5	6,0	0,9	0,9	5,6	0,5	0,5	100	

CUADRO 2. Disponibilidad total de maestros y especialistas en salud pública, agrupados por departamento y profesión, 1988.

Profesión	La Paz	Cochabamba	S. Cruz	Beni	Tarija	Potosí	Oruro	Chuquisaca	Pando	Total	%
Médicos	86	15	19	3	6	6	7	4	1	147	68,7
Enfermeras	18	4	8		2					32	14,9
Odontólogos	6	1	1	1	1			1		11	5,1
Nutricionistas	3									3	1,4
Bioquímicos	2									2	0,9
Veterinarios			1							1	0,5
Abogados	2									2	0,9
Economistas	3		1							4	1,9
Adm. empresas	1									1	0,5
Ingenieros	1	1								2	0,9
Trabajadoras sociales	3	1								4	1,9
Antropólogos		1								1	0,5
Técnicos	3		1							4	1,9
Total	128	23	31	4	9	6	7	5	1	214	100
%	59,8	10,7	14,5	1,9	4,2	2,8	3,3	2,3	0,5	100	

CUADRO 3. Distribución de los egresados en los 3 cursos de la maestría en salud pública, según profesión, 1988.

Profesión	1 ^{er} Curso	2 ^o Curso	3 ^{er} Curso	Total	%
Médicos	26	29	17	72	78,3
Enfermeras	5	1	1	7	7,6
Odontólogos	2	3	1	6	6,5
Bioquímicos			1	1	1,1
Trabajadores sociales		1		1	1,1
Nutricionistas	1		1	2	2,2
Antropólogos		1		1	1,1
Adm. empresas			1	1	1,1
Economistas	1			1	1,1
Total	35	35	22	92	100

y 5,6% son administradores sanitarios. Las otras subespecialidades representan menos del 1%.

En relación con la distribución por formación profesional básica 68,7% son médicos, 15% enfermeras, 5,1% son odontólogos, 1,8% economistas, 1,8% trabajadores sociales, 1,4% nutricionistas. Las otras profesiones que conforman el equipo de salud representan cada una menos del 1%.

En el Cuadro 2, en la distribución especial de salubristas, se observa que 60% se encuentran en La Paz, 14,5% en Santa Cruz, 10,7% en Cochabamba, 4,2% en Tarija, 3,3% en Oruro, 2,8% en Potosí y 2,3% en Chuquisaca; Beni tiene 4 salubristas (1,9%) y Pando solo 1 (0,5%).

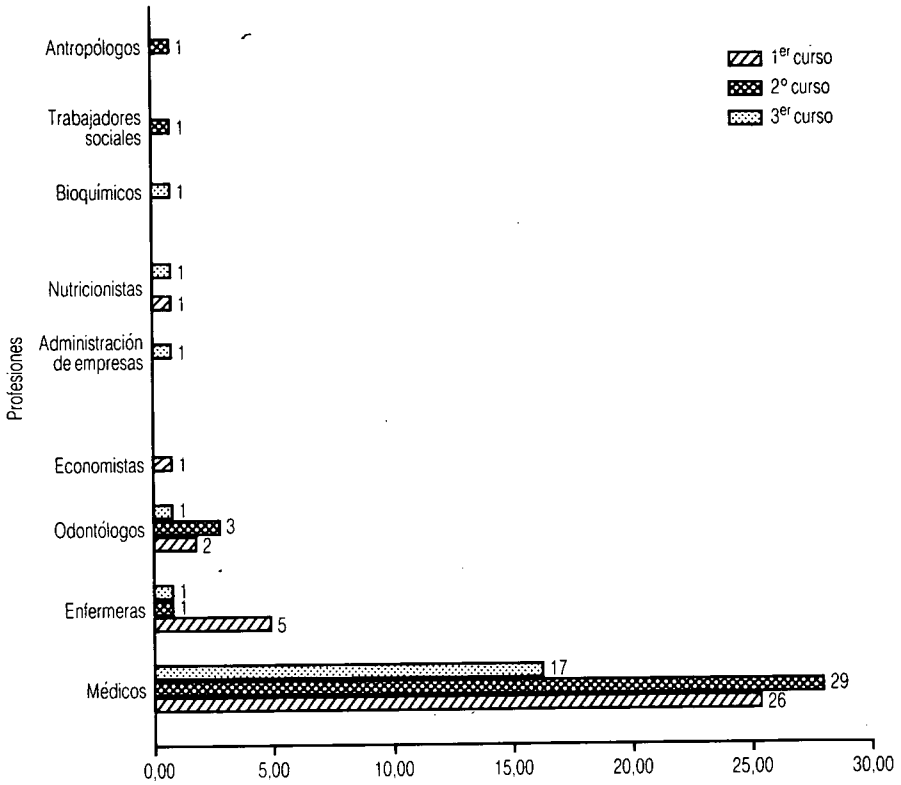
En el Cuadro 3 y la Figura 1 donde se analizan solo los egresados de los tres cursos de Maestría en Salud Pública realizados en el país se observa que 78,3% son médicos, 7,6% enfermeras, 6,5% odontólogos y 2,2% son nutricionistas. Las demás profesiones solo representan algo más de 1%.

La Figura 2 muestra que 51% provienen del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, 26% del Sistema de Cajas Nacionales de Salud, 6% de las organizaciones no gubernamentales, 4% de otros organismos gubernamentales y 2% son particulares.

Se llega a la conclusión de que:

La disponibilidad de los recursos humanos formados en salud pública muestra un gran predominio de salubristas generales (85,5%); existe una carencia muy acentuada de las especialidades en epidemiología, administración sanitaria, planificación en salud y otros.

FIGURA 1. Profesionales formados en salud pública, 1984–1988.



Existe un desbalance entre los profesionales que componen el equipo de salud, con un claro predominio de la profesión médica, entre los capacitados en salud pública.

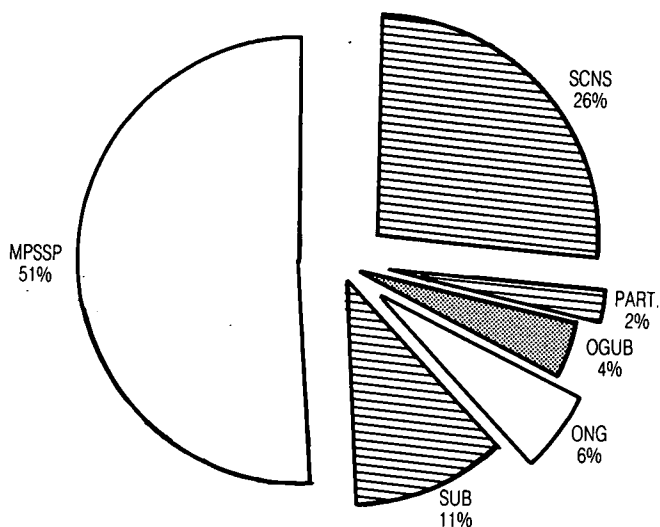
Se observa una agrupación geográfica de los recursos humanos formados en salud pública, en el eje de mayor desarrollo económico y social, con un cúmulo desproporcionado en la ciudad de La Paz (60%).

El análisis de los profesionales formados en los tres cursos nacionales mantiene esas distorsiones.

SITUACION ACTUAL DEL CURSO DE MAESTRIA EN SALUD PUBLICA

El posgrado en Salud Pública depende de la División de Posgrado de la Facultad de Medicina y presenta en la actualidad las características que se mencionan a continuación.

FIGURA 2. Distribución de salubristas por instituciones.^a



^aMPSSP = Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.
SCNS = Sistema de Cajas de Salud.
SUB = Sistema Universidad Boliviana.
ONG = Organizaciones no gubernamentales.
OGUB = Otras organizaciones gubernamentales.
PART. = Particulares.

Recursos humanos

El curso de Maestría cuenta con dos profesores a tiempo completo, que tienen un grado académico de Maestría y Doctorado. La mayor parte de los profesores (5) asisten en calidad de invitados, con tiempo horario, teniendo en su mayoría el grado de Maestría. Además, se cuenta anualmente con profesores invitados del exterior en número variable de 3 a 5 por períodos cortos de una a tres semanas; el personal administrativo se reduce a una secretaria a tiempo completo.

Infraestructura física

El curso de Maestría cuenta con un aula para 40 alumnos y una oficina.

La biblioteca tiene 200 volúmenes y fotocopias de algunos libros. No existe ninguna suscripción y ninguna relación con el Centro de Do-

cumentación de la Universidad Mayor de San Andrés U.M.S.A.

En cuanto a facilidades para medios audiovisuales el curso no tiene material audiovisual propio, ni una unidad de producción de este material. Tampoco cuenta con facilidades para publicación de trabajos y menos aún para difusión o publicación. Existe una computadora, aunque todavía no está en funcionamiento un sistema de información permanente de seguimiento de alumnos y docentes.

Facilidades de financiamiento

El presupuesto universitario se dirige al pago de haberes del personal docente de planta y administrativo (3 personas). La cooperación de la OPS/OMS, se ha dirigido principalmente al pago de los asesores internacionales y a la adquisición de algún equipo de trabajo.

Estudio de seguimiento de los egresados de los dos primeros cursos de Maestría en Salud Pública

La encuesta se dirigió a los egresados de los dos primeros cursos debido a criterios como los siguientes:

Los participantes de los dos primeros cursos ya habían contado con el tiempo necesario para su confrontación con la práctica y su reubicación laboral.

Se excluyó a los participantes del tercer curso debido a que los mismos estaban a un mes de su egreso y por consiguiente no existía un lapso apropiado para cumplir con esta condición.

Se seleccionaron los siguientes aspectos para la elaboración del instrumento:

- Ubicación espacial y laboral.
- Número de instituciones en las que trabajaba antes de ingresar al curso de Maestría en Salud Pública.
- Funciones que cumplía el egresado antes de su ingreso al curso.
- Número de instituciones donde trabaja en la actualidad, después del curso de Salud Pública.
- Funciones que desempeña actualmente.
- Ubicación del Maestro en Salud Pública en la estructura de decisión de su institución.
- Opiniones del egresado sobre la formación recibida y la utilidad del curso en su desempeño actual.

CUADRO 4. Distribución de los maestros en salud pública encuestados, según edad y sexo.

Edad	Masculino		Femenino		Total	%
	No.	%	No.	%		
1. Menos de 30	0	0	0	0	0	0
2. 31-35	7	15,56	5	11,11	12	26,67
3. 36-40	9	20,00	2	4,44	11	24,44
4. 41-50	11	24,44	10	22,22	21	46,67
5. más de 51	1	2,22	0	0	1	2,22
Total	28	62,22	17	37,78	45	100,00

CUADRO 5. Distribución de los maestros en salud pública según profesión y procedencia.

Pregrado	Profesión											
	Médico		Lic. Enfermería		Odontólogo		Antropólogo		Lic. Trabajo Soc.		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
La Paz	25	55,56	3	6,67	3	6,67	0	0,00	1	2,22	32	71,11
Sucre	4	8,89	0	0,00	1	2,22	0	0,00	0	0,00	5	11,11
Cochabamba	4	8,89	2	4,44	0	0,00	0	0,00	0	0,00	6	13,33
Argentina	1	2,22	0	0,00	0	0,00	1	2,22	0	0,00	2	4,44
Total	34	75,56	5	11,11	4	8,89	1	2,22	1	2,22	45	100,00

Caracterización de la muestra

La muestra estuvo constituida por 45 egresados de los cursos de 1985 y 1986 que representan el 64% del total (70 personas).

Las características de sexo, edad, profesión básica, procedencia, experiencia laboral, institución donde trabaja actualmente y formación de posgrado previa al curso de Maestría, se muestran en los Cuadros 4, 5, 6, 7, 8 y 9.

El 37,8% (17 personas) de los encuestados son de sexo femenino y el 62,22% (28 personas) son de sexo masculino dando una proporción de 1:2.

El 24,44% de los maestros realizan su posgrado entre las edades de 41 a 50 años, lo cual puede interpretarse como que el curso de Maestría es posible después de contar con méritos y experiencia en la vida profesional.

Las maestras de 36 a 40 años (2) alcanzan solo a 4,44%, porcentaje bajo, si consideramos que en el grupo de edad de 41 a 50 años existe

CUADRO 6. Experiencia laboral de los maestros en salud pública según profesión.

No. de trabajos anteriores	Profesión											
	Médico		Lic. Enfermería		Odontólogo		Antropólogo		Lic. Trabajo Soc.		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1	11	24,44	1	2,22	2	4,44	1	2,22	1	2,22	16	35,56
2	7	15,56	1	2,22	1	2,22	0	0,00	0	0,00	9	20,00
3	8	17,78	2	4,44	0	0,00	0	0,00	0	0,00	10	22,22
4	6	13,33	0	0,00	1	2,22	0	0,00	0	0,00	7	15,56
5	2	4,44	1	2,22	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	6,67
Total	34	75,56	5	11,11	4	8,89	1	2,22	1	2,22	45	100,00

CUADRO 7. Distribución de los maestros en salud pública, por profesión e institución donde trabajan actualmente.

Institución	Profesión											
	Médico		Lic. Enfermería		Odontólogo		Antropólogo		Lic. Trabajo Soc.		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
M.P.S.S.P.	15	33,33	4	8,89	0	0,00	0	0,00	1	2,22	20	44,44
O.N.G	2	4,44	1	2,22	1	2,22	0	0,00	0	0,00	4	8,89
C.N.S.	9	20,00	0	0,00	1	2,22	0	0,00	0	0,00	10	22,22
Min. Educ.	0	0,00	0	0,00	1	2,22	0	0,00	0	0,00	1	2,22
Universidad	4	8,89	0	0,00	0	0,00	1	2,22	0	0,00	5	11,11
CENETROP	1	2,22	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	2,22
Fondo Médico	1	2,22	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	2,22
Cruz Roja	1	2,22	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	2,22
I.B.S.S.	1	2,22	0	0,00	1	2,22	0	0,00	0	0,00	2	4,44
Total	34	75,56	5	11,11	4	8,89	1	2,22	1	2,22	45	100,00

un 22,2% (10 personas) lo que significa que la profesional busca mayor formación después de varios años de ejercicio profesional. Puede también interpretarse que en esta edad, la productividad de la mujer se centra más en actividades profesionales, por razones de tipo social y económico.

El Cuadro 5 muestra que solamente el 4,44% (2 personas) de encuestados, proceden del exterior del país y el 95,56% (43 personas) son nacionales.

Significativo es el porcentaje (71,11%) de los profesionales de la ciudad de La Paz, seguido de Cochabamba que alcanza al 13,33%. Esto demuestra que la distancia del lugar de procedencia hacia la sede del curso produce una menor participación, debido a la no accesibilidad de información sobre el curso, y a las limitaciones para poder permanecer fuera

CUADRO 8. Formación de posgrado de los egresados antes de su ingreso al curso de salud pública.

Profesión	1 Título	
	M. Sci ^a	Esp ^b
Médico	2	18
Enfermera		
Odontólogos		
Antropólogos		
Trabajadoras sociales		
Total	2	18
%	4,4	40,0

^aM. Sci = Magister Scientorum.

^bEsp = Especialista.

CUADRO 9. Distribución de los maestros en salud pública por profesión y según número de instituciones donde trabajaban antes del curso de maestría.

Profesión	En una sola institución		En dos instituciones		En tres instituciones		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Médico	16	35,5	9	20,00	9	20,00	34	75,56
Lic. Enfermería	4	8,89	0	0,00	1	2,22	5	11,11
Odontólogo	1	2,22	2	4,44	1	2,22	4	8,89
Antropólogo	1	2,22	0	0,00	0	0,00	1	2,22
Lic. Trabajo Soc.	1	2,22	0	0,00	0	0,00	1	2,22
Total	23	51,11	11	24,44	11	24,44	45	100,00

del lugar de trabajo más de un año sin respaldo económico apropiado.

Del total de profesionales encuestados, el 35,56% (16 personas) tuvieron un solo trabajo antes de realizar el curso. En este grupo 24,4% corresponden a profesionales médicos, 2,2% a enfermería, 4,4% a odontólogos, 2,2% antropólogos y 2,2% a trabajo social.

Le siguen en importancia porcentual, aquellos profesionales que trabajaron en tres instituciones antes de seguir el curso de maestría (10 personas) o sea el 22,2%.

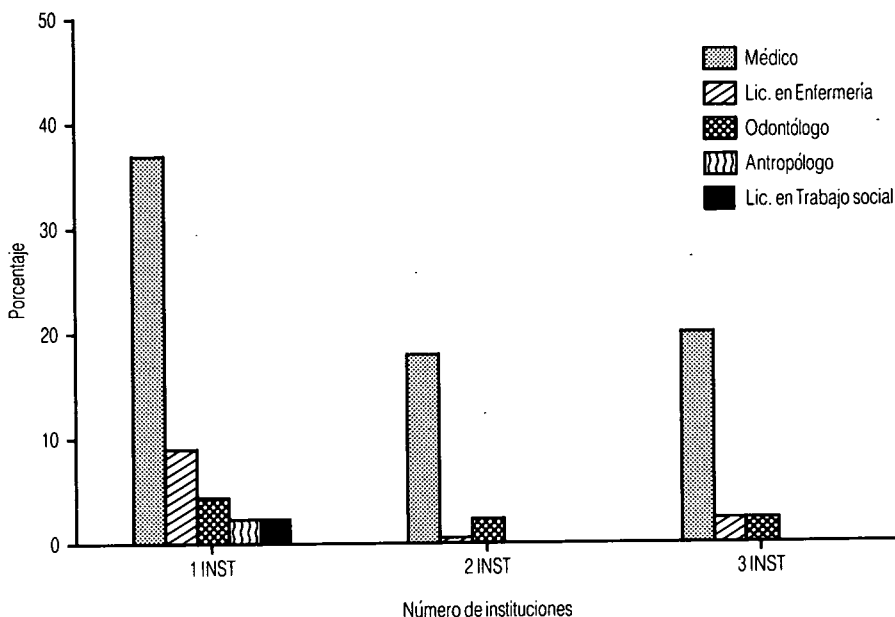
Los profesionales que trabajaron en más de una institución suman 29; de los cuales 23 (51,1%) son médicos.

En el Cuadro 7, se observa que 44,4% de los egresados trabaja en el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública; 22,2% en la C.N.S., 11,1% en la Universidad Boliviana, y 8,89% en organismos no gubernamentales.

El porcentaje restante corresponde a otras instituciones.

Un 44,4% de los egresados en los dos cursos iniciales de la Maestría de Salud Pública, tenían ya algún otro curso de posgrado con una

FIGURA 3. Distribución de M.S.P. por profesión y número de instituciones donde trabajaban antes del curso de maestría.



duración mayor de más de un año; dos tenían título de Maestría y 18 (40%) tenían título de especialidad en otros campos.

Situación laboral del Maestro en Salud Pública antes del curso

Se tuvo en cuenta el número de instituciones donde trabajaba el egresado antes de matricularse en el curso de Maestría en Salud Pública, y el tipo de función que cumplía.

Los datos se resumen en los Cuadros 9, 10, 11, 12 y 13, y en la Figura 3.

En el Cuadro 9 se observa que el 51,11% trabajaba en una institución, 24,44% en dos instituciones y 24,44% en tres instituciones.

De los profesionales que trabajan en una sola institución, 35,5% son médicos, 8,89% son enfermeras y 2,22% son odontólogos, antropólogos y trabajadores sociales. De los profesionales que trabajan en dos instituciones: 20,0% son médicos y 4,44% son odontólogos.

De los profesionales que trabajan en tres instituciones: 20,0% son médicos, 2,22% son 1 enfermera y 1 odontólogo.

El análisis de las funciones que cumplían los egresados, se restringe a aquellos que trabajaban en un sola institución, pues se consideró que la información obtenida sobre aquellos que trabajaban en más de una institución distorsionaba la imagen. Se definieron las funciones de la siguiente manera:

Investigación: Planificación, programación, ejecución o participación en proyectos de investigación institucionales.

Administración: Participación en la programación, dirección, control, supervisión o evaluación de estructuras organizativas.

Docencia: Participación en eventos educativos formales o de educación continua.

Servicios: Realización de actividades y tareas asistenciales a personas o al medio.

En el Cuadro 10, el mayor porcentaje se concentra en las funciones de docencia, con 73,91%, le siguen servicios y administración con 69,56% cada una, y finalmente funciones de investigación con 65,21%.

Esto significa que sea cual fuere la institución donde trabajaba el egresado antes de su ingreso al curso, los mismos tenían como funciones prioritarias las de docencia, servicios y administración y las de investigación que eran desempeñadas simultáneamente en diferentes proporciones.

Situación laboral actual del egresado de Maestría en Salud Pública

Se tomaron los mismos parámetros que en el capítulo anterior; se agregaron preguntas sobre el tipo de cargo que ocupa actualmente y su inserción en la estructura organizativa, funcional y decisional de la institución donde trabaja.

En los Cuadros 11 y 12, y la Figura 4 se observan las distribuciones de los encuestados, según el número de instituciones donde trabajan actualmente y las funciones que cumplen.

De 45 egresados que contestaron este punto, 34 personas (75,5%) trabajan en una sola institución y 11 (24,4%) en dos instituciones.

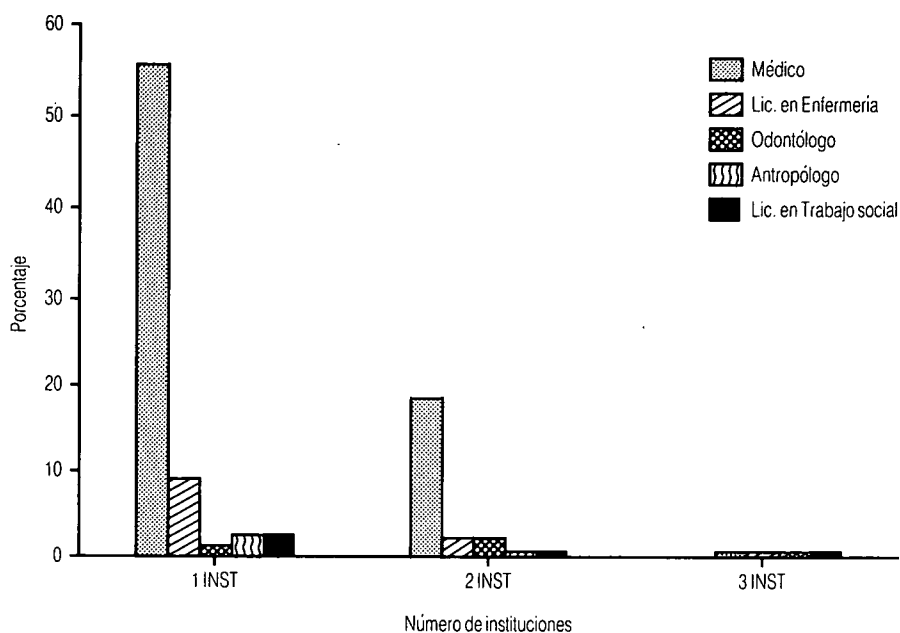
Los egresados que trabajan en dos instituciones son médicos (90%); 1 odontólogo y 1 enfermera que representa el 4,4%.

Comparando este mismo parámetro, antes y después del curso, se puede observar que ya no existen profesionales que trabajen en 3 instituciones; el número de profesionales que trabajan en una sola institución se va incrementando de 23 (51,1%) a 34 (75,7%). Este hecho podría explicarse por un cambio en la inserción laboral del egresado hacia cargos de mayor responsabilidad, así como por una preferencia del egresado por concentrar su actividad en una sola institución.

CUADRO 10. Distribución de los maestros en salud pública, que trabajan en una sola institución, según funciones que cumplían antes del curso de maestría.

Funciones	Investigación			Servicios			Administración			Docencia								
	Sí	No	Total	Sí	No	Total	Sí	No	Total	Sí	No	Total						
Profesión	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Médicos	11	47,82	5	21,73	13	13,04	3	13,04	9	39,13	7	30,43	13	56,52	3	13,04		
Enfermeras	2	8,7	2	8,7	1	4,34	3	13,04	4	17,39			2	6,7	2	8,7		
Odontólogos	1	4,34			1	4,34			1	4,34					1	4,34		
Antropólogos			1	4,34	1	4,34			1	4,34			1	4,34				
Trabajadora social	1	4,34					1	4,34	1	4,34			1	4,34				
Totales	15	65,21	8	34,78	23	100	16	69,56	7	30,43	23	100	16	69,56	7	30,43	23	100

FIGURA 4. Distribución de M.S.P. por profesión y número de instituciones donde trabajan después del curso de maestría.



CUADRO 11. Distribución de los maestros en salud pública según profesión y número de instituciones donde trabajan actualmente.

Funciones profesionales	Una institución		Dos instituciones		Tres instituciones		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Médicos	25	55,5	9	20			34	75,5
Odontólogos	3	0,7	1	2,2			4	8,8
Lic. Enfermería	4	8,9	1	2,2			5	11,1
Antropólogos	1	2,2					1	2,2
Lic. Trabajo Social	1	2,2					1	2,2
Total	34	75,5	11	24,4			45	100

El Cuadro 12 analiza las funciones que cumplen los egresados de la Maestría en Salud Pública, que actualmente trabajan en una sola institución. Las funciones administrativas representan un 79,41% del total de funciones que ejercen los egresados seguidos por funciones de investigación (58,88%), docencia (52,94%) y servicios (41,17%).

CUADRO 12. Distribución de los maestros en salud pública que trabajan en una sola institución, según funciones que cumplen en la actualidad.

Funciones profesionales.	Investigación				Total		Servicios				Total		Administración				Total		Docencia				Total	
	Sí	%	No	%	No.	%	Sí	%	No	%	No.	%	Sí	%	No	%	No.	%	Sí	%	No	%	No.	%
Médicos	14	41,17	11	32,35			12	35,29	13	38,23			19	55,88	6	17,64			14	41,17	11	32,35		
Lic. Enfermería	1	2,94	2	5,88			1	2,94	2	5,88			2	5,88	1	2,94					3	8,82		
Odontólogos	3	8,82	1	2,94			1	2,94	3	8,82			4	11,76					2	5,88	2	5,88		
Antropólogos	1	2,94							1	2,94			1	2,94					1	2,94				
Lic. Trabajo Social			1	2,94					1	2,94			1	2,94					1	2,94				
Total	19	58,88	15	44,12	34	100	14	41,17	20	58,82	34	100	27	79,41	7	20,58	34	100	18	52,94	16	47,05	34	100

CUADRO 13. Distribución de los maestros en salud pública, por profesión y tipo de cargo.

Profesión	Directivo		Mando medio		Pers. de base		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Médico	5	11,11	19	42,22	10	22,22	34	75,56
Lic. Enfermería	0	0,00	5	11,11	0	0,00	5	11,11
Odontólogo	0	0,00	2	4,44	2	4,44	4	8,89
Antropólogo	0	0,00	0	0,00	1	2,22	1	2,22
Lic. Trabajo Social	1	2,22	0	0,00	0	0,00	1	2,22
Total	6	13,33	26	57,78	13	28,89	45	100,00

Comparativamente podemos ver que entre las funciones que cumplían y cumplen actualmente, existe un incremento porcentual en algunas de las actividades relacionadas con la formación recibida tal como se observa a continuación:

<i>Funciones</i>	<i>Antes del curso</i>	<i>Después del curso</i>
Investigación	65,21%	58,88%
Servicios	69,56%	41,17%
Administración	69,56%	79,41%
Docencia	73,91%	52,94%

Ubicación del Maestro en Salud Pública dentro de la estructura de decisión de la organización donde trabaja

En este punto se consideró importante, conocer el lugar que ocupan actualmente los egresados de la Maestría en Salud Pública dentro de la estructura organizativa, funcional y de decisión de la institución donde trabajan.

Los Cuadros 13, 14 y 15 muestran a los egresados por tipo de cargo que ocupan de acuerdo con la profesión, institución donde trabajan y grado de responsabilidad que tienen.

El Cuadro 13 muestra que 26 profesionales, que constituyen el 57,78% están ubicados en mandos medios; 13,33% en cargos directivos, y 28,89% como personal de base, 26 maestros en Salud Pública se encuentran ocupando cargos directivos o de mandos medios: 5 médicos y 1 licenciado en trabajo social se encuentran a nivel directivo.

De los profesionales en mandos medios: 19 (42,2%) son médicos, 5 (11,1%) son enfermeras y 2 (4,44%) son odontólogos.

La profesión parece estar ligada al tipo de cargo; se observa que los maestros de profesión médica ocupan cargos directivos y de mando

CUADRO 14. Distribución de maestros en salud pública por tipo de cargo e institución donde trabaja.

Institución	Directivo		Mando medio		Pers. de base		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
M.P.S.S.P.	3	6,67	16	35,56	1	2,22	20	44,44
O.N.G	1	2,22	2	4,44	1	2,22	4	8,89
C.N.S.	0	0,00	2	4,44	8	17,78	10	22,22
Min. Educación	0	0,00	1	2,22	0	0,00	1	2,22
Universidad	1	2,22	1	2,22	3	6,67	5	11,11
CENETROP	0	0,00	1	2,22	0	0,00	1	2,22
Fondo Médico	1	2,22	0	0,00	0	0,00	1	2,22
Cruz Roja	0	0,00	1	2,22	0	0,00	1	2,22
I.B.S.S.	0	0,00	2	4,44	0	0,00	2	4,44
Total	6	13,33	26	57,78	13	28,89	45	100,00

CUADRO 15. Distribución de maestros en salud pública según nivel de decisión y grado de responsabilidad.

Grado de responsabilidad		Define política		Planificación		Programación	
		Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Fórmula	No	19	42,22	14	31,11	15	33,33
	Sí	26	57,78	31	68,89	30	66,67
Discute	No	19	42,22	18	40,00	15	33,33
	Sí	26	57,78	27	60,00	30	66,67
Define	No	27	60,00	23	51,11	18	40,00
	Sí	18	40,00	22	48,89	27	60,00
Aprueba	No	18	40,00	22	48,89	17	37,78
	Sí	27	60,00	23	51,11	28	62,22

medio en un porcentaje de 53,33% y solo un 22,22% se encuentran a nivel de base siendo 8 (de 10) de la C.N.S.S.

En el Cuadro 14, podemos observar que de los 20 egresados que trabajan en el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, 19 ocupan cargos directivos y de mando medio. En la Caja Nacional de Salud, de los 10 egresados 2 están en mando medio y 8 tienen cargos de base. De los 5 egresados de la Universidad, 1 está en función directiva, uno en mando medio y 3 como personal de base.

Esto parece sugerir que el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública es la institución que muestra una mejor utilización de este recurso humano.

En el Cuadro 15 se observa que en los 45 egresados encuestados existe un alto grado de participación en la responsabilidad de definir políticas, en sus cuatro etapas (formulación, discusión, definición y aprobación) ya que 57,7% participan en la formulación de la política; 57,78% la discuten; 60% la aprueban; y 18 (40%) la definen, lo cual alcanza a un 53,5% de participación.

En cuanto a la participación en la planificación, se observa que 68,9% participan en la formulación de los planes; 60% discuten, 48,89% definen y 51,11% aprueban. Estos datos demuestran que por lo general son más los que formulan y discuten las políticas y planes y menos los que definen y aprueban los mismos.

La participación de los MSP en la etapa de programación es muy significativa ya que 30% (66,67) formula y discute la programación, 27 (60,0%) define, y el 28 (63,2%) aprueba la programación.

SEGUIMIENTO Y FORMACION

En este campo se consideró solo información a partir de la opinión del egresado, ya que hacer una evaluación del desempeño de los Maestros en Salud Pública implicaba elaborar instrumentos basados en funciones y actividades de cada cargo. Como quiera que más del 50% de la muestra ocupan cargos únicos, esto exigía la elaboración de instrumentos diversos para ser aplicados tanto al Maestro en Salud Pública, como a su inmediato superior y personal bajo su dependencia.

La mayor parte de los egresados de la Maestría en Salud Pública no han presentado sus tesis hasta la fecha, pese a contar con diseños y proyectos de investigación aprobados. Se consideró importante analizar este aspecto, sobre todo para detectar las condiciones y circunstancias que inciden en este problema. Igualmente se investigó la opinión de los egresados sobre la utilidad del curso en las funciones que actualmente desempeñan.

OPINIONES SOBRE LA FORMACION DE ACUERDO CON EL PERFIL PROFESIONAL BASE

Se utilizó como base para elaborar las preguntas, el perfil profesional del curso de Maestría del cual se desprende el Plan de Estudios; el mismo contempla tres funciones principales: investigación, administración y docencia.

En el Cuadro 16, y la Figura 5 se observan los resultados respectivos, que señalan la investigación (desglosada en 4 actividades) como una de las funciones esenciales, ya que entre 53,3% y 73% de los egresados,

FIGURA 5. Análisis de la opinión de los M.S.P. sobre la formación recibida.

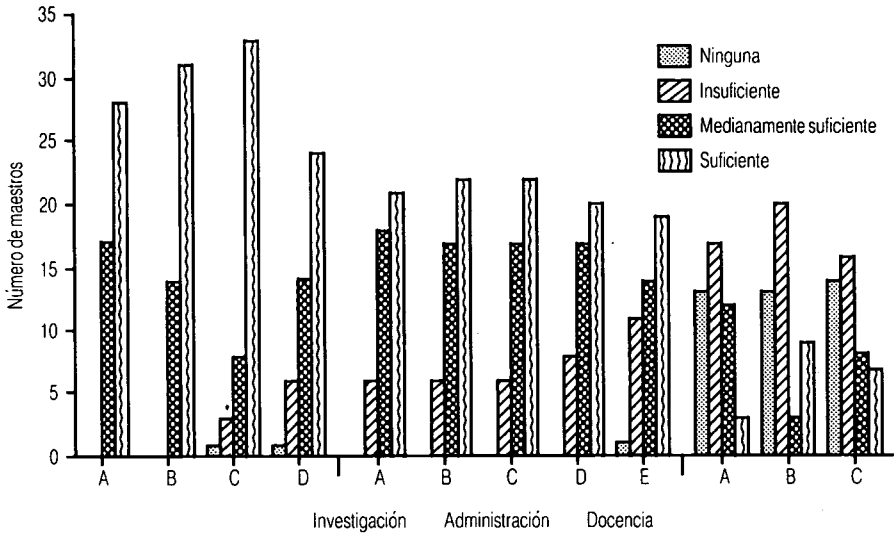
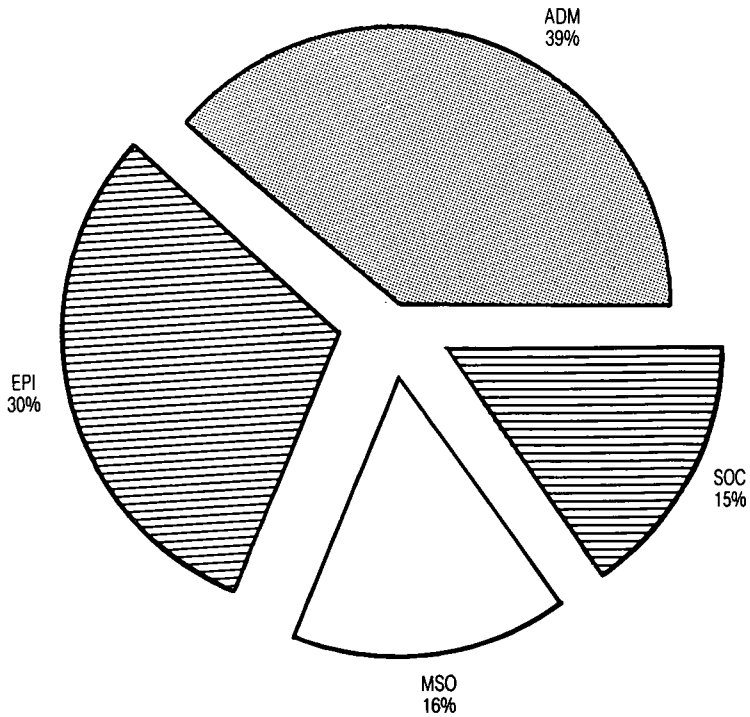


FIGURA 6. Areas de investigación de la tesis.



CUADRO 16. Análisis de las opiniones sobre la formación recibida de acuerdo con las actividades de su perfil profesional.

Funciones y actividades	Formación recibida							
	Ninguna		Insuficiente		Medianamente suficiente		Suficiente	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1. Funciones de investigación—actividades								
a. Determinar las características socioeconómicas y culturales de una comunidad y relacionarlas con el proceso de salud-enfermedad.					17	37,78	28	62,22
b. Determinar los factores de producción que inciden en el proceso salud-enfermedad.					14	31,11	31	68,89
c. Identificar con la comunidad, problemas socioculturales que inciden en el proceso salud-enfermedad.	1	2,22	3	6,67	8	17,78	33	73,33
d. Diseñar protocolos de investigación y realizar investigaciones en diferentes campos.	1	2,22	6	13,33	14	31,11	24	53,33
2. Función de administración—actividades:								
a. Participar en actividades de administración de servicios y programas de salud pública y epidemiología en distintos niveles de atención.			6	13,33	18	40,00	21	46,67
b. Participar en la elaboración de políticas y programas y en la gestión de los servicios regionales de salud.			6	13,33	17	37,78	22	48,89
c. Participar en la planificación y organización local, regional y nacional de los programas de los servicios.			6	13,33	17	37,78	22	48,89
d. Realizar programaciones dirigidas a distintos niveles de atención.			8	17,78	17	37,78	20	44,44
e. Confeccionar guías de supervisión; efectuar actividades de supervisión y evaluación a distintos niveles.	1	2,22	11	24,44	14	31,11	19	42,22
3. Función de educación y docencia—actividades								
a. Aplicar técnicas de comunicación social, elaborar y participar en programas de educación popular.	13	28,89	17	37,78	12	26,67	3	6,67
b. Elaborar y participar en programas de capacitación del personal de salud, así como en programas de educación continua.	13	28,89	20	44,44	3	6,67	9	20,00
c. Participar en la formación de nuevos cuadros de especialistas en el campo de la salud pública y en el pregrado universitario.	14	31,11	16	35,56	8	17,18	7	15,56

CUADRO 17. Opinión de los maestros en salud pública sobre la utilidad del curso según el tipo de cargo.

Pregunta		Directivo		Mando medio		Per. de base		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Satisfecho	Sí	2	4,44	22	48,87	11	24,44	35	77,78
	No	4	8,87	4	8,89	2	4,44	10	22,22
Total		6	13,33	26	57,78	13	28,89	45	100,00
Mejora de posición	Sí	6	13,33	24	53,33	8	17,78	38	84,44
	No	0	0,00	2	4,44	5	11,11	7	15,56
Total		6	13,33	26	57,78	13	28,89	45	100,00
Mejora de cargo	Sí	5	11,11	16	35,56	2	4,44	23	51,11
	No	1	2,22	10	22,22	11	24,44	22	48,89
Total		6	13,33	26	57,78	13	28,88	45	100,00
Adecuadamente utilizado	Sí	5	11,11	14	31,11	3	6,67	22	48,89
	No	1	2,22	12	26,67	10	22,22	23	51,11
Total		6	13,33	26	57,78	13	28,89	45	100,00

muestra su pleno acuerdo en que el área de investigación socio-médica fue lo que se impartió en forma más adecuada.

En relación con la formación en Administración (5 actividades) las opiniones indican una suficiencia entre 42,2% y 28,9%, indicando que la formación práctica fue ninguna o insuficiente, lo que constituiría un área con una moderada deficiencia, teniendo en cuenta que la mayoría de los egresados irían a ocupar cargos de responsabilidad.

Aproximadamente entre 7 y 20% indican que la formación en el campo de la docencia fue suficiente, constituyéndose este en uno de los puntos más débiles del primer y segundo curso de la Maestría en Salud Pública.

ELABORACION DE TESIS

El análisis de los títulos de los diseños de tesis mostró que 39% corresponden al campo de la administración; 30% a epidemiología; 16% al campo médico y 15% a las ciencias sociales (ver la Figura 6).

En otro nivel, se observó que entre los problemas más frecuentes que hacen que el egresado no realice su trabajo de tesis, se cuentan los problemas económicos (85,19%), la falta de conocimiento del tema (81,48%), los problemas de tipo académico (77,78%), falta de experiencia (70,37%), la falta de tutoría (66,67%) y la falta de tiempo (48,15%).

El 78% de egresados del primero y segundo curso manifestó su satisfacción por haber realizado el curso.

CUADRO 18. Opinión de los maestros en salud pública sobre la utilidad del curso, según profesión.

Pregunta		Médico		Lic. Enferm.		Odontólogo		Antropólogo		Lic. T. Soc.		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Satisfecho	Sí	25	55,56	5	11,11	4	8,89	1	2,22	0	0,00	35	77,78
	No	9	20,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	2,22	10	22,22
Total		34	75,56	5	11,11	4	8,89	1	2,22	1	2,22	45	100,00
Mejora de pos.	Sí	29	64,44	4	8,89	3	6,67	1	2,22	1	2,22	38	84,44
	No	5	11,11	1	2,22	1	2,22	0	0,00	0	0,00	7	15,56
Total		34	75,56	5	11,11	4	8,89	1	2,22	1	2,22	45	100,00
Mejora cargo	Sí	17	37,78	3	6,67	2	4,44	1	2,22	0	0,00	23	51,11
	No	17	37,78	2	4,44	2	4,44	0	0,00	1	2,22	22	48,89
Total		34	75,56	5	11,11	4	8,89	1	2,22	1	2,22	45	100,00
Adecuadamente utiliz.	Sí	14	31,11	3	6,67	3	6,67	1	2,22	1	2,22	22	48,89
	No	20	44,44	2	4,44	1	2,22	0	0,00	0	0,00	23	51,11
Total		34	75,56	5	11,11	4	8,89	1	2,22	1	2,22	45	100,00

CUADRO 19. Porcentaje de utilización de los conocimientos adquiridos en el curso por los maestros de salud pública, agrupados por el tipo de cargo.

Proporción de utilización	Directivo		Mando medio		Pers. de base		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0-20	0	0,00	1	2,22	7	15,56	8	17,78
21-40	0	0,00	6	13,33	4	8,89	10	22,2
41-60	2	4,44	3	6,67	1	2,22	6	13,33
61-80	2	4,44	13	28,89	1	2,22	16	35,56
81-100	2	4,44	3	6,67	0	0,00	5	11,11
Total	6	13,33	26	57,78	13	28,89	45	100,00

Un 84% mejoró su posición de autoridad técnica debido a la realización del curso, aunque solamente un 51% mejoró de cargo. El 48,9% de los encuestados calificaron como adecuada su utilización como profesionales.

En cuanto al análisis de este parámetro por el tipo de cargo que ocupa el egresado actualmente, vemos que los egresados que ocupan cargos de base son los que no se sienten adecuadamente utilizados.

Este hecho es particularmente notorio en los egresados que trabajan en las Cajas Nacionales de Salud (solamente 3 a 10 egresados en Salud Pública se sienten satisfechos).

Al realizar el análisis de las opiniones sobre su utilización de acuerdo con la profesión básica del maestro egresado, vemos que, 29 de 34 médicos, 4 de 5 enfermeras, 3 de 4 odontólogos, 1 antropólogo y 1 trabajador social han mejorado de posición de autoridad técnica con el curso; 17 de 34 médicos, 3 de 5 enfermeras, 2 de 4 odontólogos y 1 antropólogo mejoraron de cargo. Catorce de 34 médicos, 3 de 5 enfermeras, 3 de 4 odontólogos, 1 antropólogo y 1 trabajador social se sienten adecuadamente utilizados.

El porcentaje de utilización de los conocimientos adquiridos en los cursos de Maestría en Salud Pública muestra una relación directa con el grado de responsabilidad pues los seis egresados que están ocupando cargos directivos opinan que están utilizando los conocimientos del curso entre un 41 y un 100%. En los egresados que ocupan cargos de mando medios, se produce una curva de dispersión entre 0% y 100% ligeramente inclinada hacia una utilización mayor entre 60 y 80%. En los egresados que ocupan cargos de base se produce un cúmulo de opiniones en los porcentajes de utilización baja (menos del 40%).

En el Cuadro 20 se realiza el mismo análisis pero en relación con la profesión básica de los egresados. Observamos lo siguiente: los profesionales en trabajo social, antropología y enfermería reportan una utilización de los conocimientos mayor de 40%. Los profesionales odontólogos opinan que están utilizando los conocimientos (20 a 80%). Los médicos

CUADRO 20. Porcentaje de utilización de los conocimientos adquiridos en el curso por los maestros en salud pública, agrupados por profesión.

Proporción de utilización	Profesión											
	Médico	Lic. Enfermería	Odontólogo	Antropólogo	Lic. T. Social	Total						
0-20	8	17,78	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	8	17,78
21-40	8	17,78	0	0,00	2	4,44	0	0,00	0	0,00	10	40,00
41-60	4	8,89	0	0,00	1	2,22	0	0,00	1	2,22	6	13,33
61-80	9	20,00	5	11,11	1	2,22	1	2,22	0	0,00	16	35,56
81-100	5	11,11	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5	11,11
Total	34	75,56	5	11,11	4	8,89	1	2,22	1	2,22	45	100,00

presentan una distribución de valores de 34 personas, de las cuales: 18 opinan que su utilización es menor de 40%.

Estas cifras parecen tener relación con los datos sobre el tipo de cargo que ocupan y la repercusión del curso sobre su situación laboral (mejoría en el cargo).

CONCLUSIONES

Con base en los datos obtenidos en el estudio de seguimiento de los egresados del Curso de Maestría en Salud Pública, se plantean las siguientes conclusiones:

1. En cuanto a la comparación entre la situación laboral y las funciones que desempeñan antes y después del curso, existen algunos hechos interesantes que conviene destacar.

- Se produce una reubicación laboral de los egresados, pues el porcentaje de profesionales que trabajan en una sola institución sube de 51,5 a 75,5%; y aunque se mantiene la proporción de profesionales que trabajan en dos instituciones, después del curso ya no hay ningún profesional que trabaje en tres instituciones.
- Se observa un reordenamiento en las proporciones relativas de las funciones que desempeñan los egresados sugiriendo un cambio a puestos de trabajo con mayor carga de responsabilidad, disminuyen las funciones asistenciales de 69,56 a 41,17% y aumentan las administrativas de 69,56 a 79,41%. Este hecho se corrobora pues 23 de 45 encuestados (es decir, más del 50% de los mismos) cambiaron de cargo después del curso.

2. En cuanto a la ubicación actual del egresado en las instancias de decisión de las instituciones donde trabajan, se puede sugerir que existe una excelente participación de este recurso humano en los niveles de decisión dentro del sector salud pues seis (13,3%) ocupan cargos directivos (directores nacionales o equivalente), y 26 (57,8%) están en cargos de mando medio (jefes de departamento, división o sección).

Esta participación es menor en los egresados que trabajan en la Caja Nacional de Salud pues de 13 egresados que están en cargos de base, 10 son de esta institución y solo dos se encuentran en cargos de mando medio.

3. En cuanto al seguimiento de la formación recibida durante el curso:

- Los egresados opinan que el curso les ofreció una formación suficiente para desempeñar funciones de investigación, media-

namente suficiente en administración e insuficiente para cumplir funciones de docencia.

- La elaboración de tesis es un punto difícil para los egresados, pues hasta la fecha son menos de 10 (de 70 egresados del primer y segundo curso) que la han presentado.

Entre las causas de este problema fueron citadas con un porcentaje mayor al 50% las siguientes: económicas, falta de conocimiento sobre cómo realizar una tesis, problemas académicos, falta de experiencia, y dificultades para contar con un tutor reconocido por el curso.

- La utilización de los contenidos del curso en las funciones que desempeñan actualmente los egresados es alta pues 25 de ellos, que ocupan cargos directivos y de mando medio, consignan una utilización mayor al 50%.

4. En cuanto a la utilización de este recurso humano después de su egreso, por las instituciones donde trabaja, podemos observar que la misma fue adecuada en un 50% de los casos pues 51,5% de los mismos mejoran de cargo y ocupan posiciones de mayor responsabilidad, se sienten en una mejor posición técnica en un 84,4% de los casos, y adecuadamente utilizados en un 48,9%. Los egresados que no han mejorado de cargo, ocupan cargos de base y se sienten mal utilizados; en su mayoría corresponden a personal de la Caja Nacional de Salud.

OPINION DE LAS AUTORIDADES DE SALUD SOBRE EL CURSO DE SALUD PUBLICA

La muestra para este estudio estuvo constituida por 27 autoridades de distintas instituciones: 4 directores nacionales, 13 jefes de departamento, 3 directores de unidad sanitaria, 6 directores de hospitales y 1 administrador.

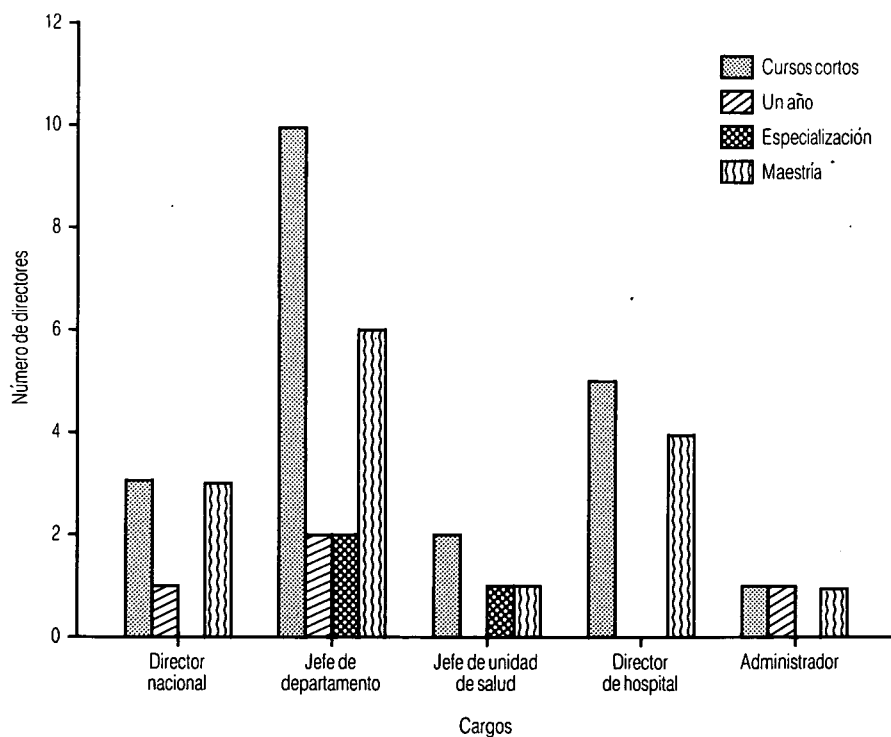
El Cuadro 21 muestra esta distribución.

Se preguntó a estas autoridades su opinión sobre si el personal de salud necesariamente debía tener formación en salud pública y el 100% opinaron en sentido positivo. Se presentó un conjunto de posibilidades: cursos cortos, especialidad y Maestría. Se definió como curso corto a aquellos con una duración menor a tres meses; curso de especialidad, la formación de por lo menos un año en técnicas y procedimientos profesionales y que no requiere de tesis. En relación con la opinión de las autoridades encuestadas sobre el tipo y tiempo de duración de los cursos necesarios para capacitar en salud pública a su personal; la mayoría (78%) sugiere cursos cortos de tres meses de duración; 11% plantea la posibilidad de realizar cursos de especialidad y 55,6% cree que existe una necesidad de cursos de Maestría en Salud Pública. Analizando las respuestas de acuerdo con el tipo de cargo de los encuestados vemos que la mayoría: directores

CUADRO 21. Distribución de las autoridades encuestadas según institución y por cargo que ocupan.

Institución	Director nacional		Jefe depart.		Jefe unid. sanitaria		Director hospital		Administr.		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
M.P.S.S.P.	4	14,81	1	3,70	3	11,11	3	11,11	1	0,00	11	40,74
C.N.S.	0	0,00	2	7,41	0	0,00	3	11,11	0	0,00	5	18,52
I.B.S.S.	0	0,00	1	3,70	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	3,70
CENETROP	0	0,00	1	3,70	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	3,70
U.M.S.A.	0	0,00	2	7,41	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	7,41
O.N.G.	0	0,00	4	14,81	0	0,00	0	0,00	1	3,70	5	18,52
Cruz Roja	0	0,00	1	3,70	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	3,70
Min. Educac.	0	0,00	1	3,70	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	3,70
Total	4	14,81	13	48,15	3	11,11	6	22,22	1	3,70	27	100,00

FIGURA 7. Opinión de las autoridades encuestadas sobre el tipo de formación.

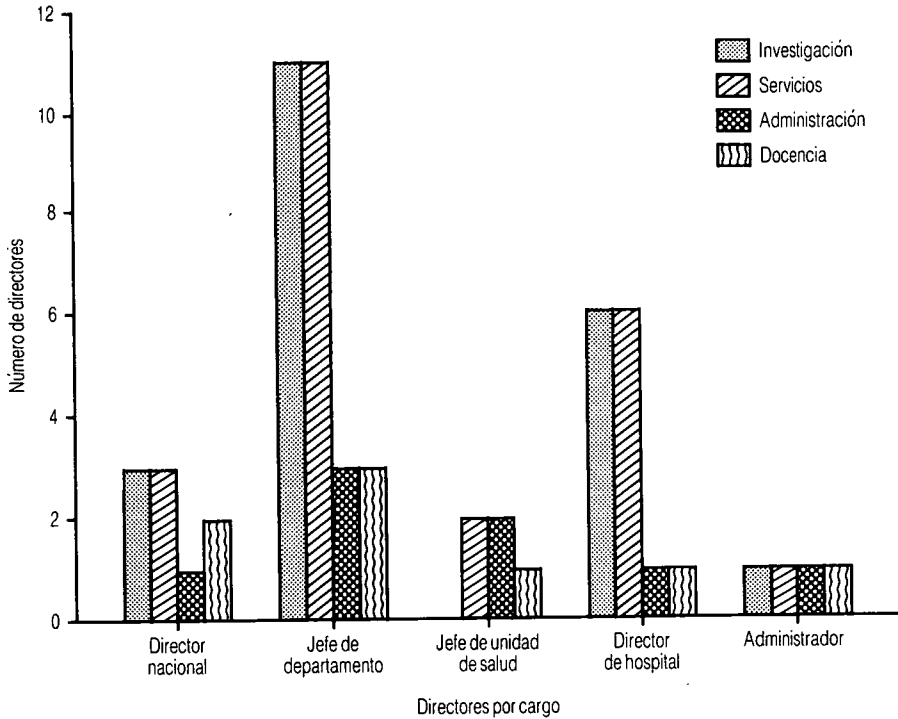


CUADRO 22. Opinión de las autoridades encuestadas, según el cargo que ocupan y sobre el tipo de formación que debe recibir el maestro en salud pública.

Cargo	Cursos cortos				Especialidad				Maestría				Total	
	No		Sí		No		Sí		No		Sí		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Dir. nacional	1	3,70	3	11,11	4	14,81	0	0,00	1	3,70	3	11,11	4	14,81
Jefe depto.	3	11,11	10	37,04	11	40,74	2	7,41	7	25,93	3	22,22	13	48,15
Jefe unid. san.	1	3,70	2	7,41	2	7,41	1	3,70	2	7,41	1	3,70	3	11,11
Dir. hospital	1	3,70	5	10,52	6	22,22	0	0,00	2	7,41	4	14,81	6	22,22
Administrad.	0	0,00	1	3,70	1	3,70	0	0,00	0	0,00	1	3,70	1	3,70
Total	6	22,22	21	77,78	24	88,89	3	11,11	12	44,44	12	55,56	27	100,00

CUADRO 23. Opinión de las autoridades agrupadas por cargo sobre las áreas en que debe recibir formación el maestro en salud pública.

Cargo	Investigación				Servicio				Administración				Docencia				Total	
	No		Sí		No		Sí		No		Sí		No		Sí		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%				
Dir. nacional	1	3,70	3	11,11	1	3,70	3	11,11	3	11,11	1	3,70	2	7,41	2	7,41	4	14,81
Jefe depto.	2	7,41	11	40,74	2	7,41	11	40,74	10	37,04	3	11,11	10	37,04	3	11,11	13	48,15
Jefe unid. san.	3	11,11	0	0,00	1	3,70	2	7,41	1	3,70	2	7,41	2	7,41	1	3,70	3	11,11
Dir. hospital	0	0,00	6	22,22	0	0,00	6	22,22	5	18,52	1	3,70	5	18,52	1	3,70	6	22,22
Administrad.	0	0,00	1	3,70	0	0,00	1	3,70	0	0,00	1	3,70	0	0,00	1	3,70	1	3,70
Total	6	22,22	21	77,78	4	14,81	23	85,19	19	70,37	8	29,63	19	70,37	8	29,63	27	100,00

FIGURA 8. Opiniones de las autoridades sobre las áreas en que debe recibir formación el M.S.P.

nacionales y jefes de departamento (17), manifiestan que paralelamente deberían realizarse cursos cortos de menos de tres meses para todo el personal, así como formar Maestros de Salud Pública.

En cuanto a las áreas en las cuales debe ser formado el Maestro en Salud Pública, las opiniones de las 27 autoridades encuestadas se pueden agrupar en: servicios 85,19%, investigación 77,78%, administración 29,6% y docencia 29,6%. Llama la atención que solo 29,63% opinan que deben incluirse en la formación las áreas de administración y docencia (Figura 8). Este hecho puede explicarse por la falta de valoración de las funciones administrativas y de gestión de los servicios que parecen considerarse como privativas de los administradores y no del personal clásico de salud. Esta consideración se hace extensiva a la función de docencia, pues pocos directivos consideran las actividades de educación permanente y supervisión capacitante como inherentes al cargo que ocupan.

El Cuadro 24 muestra que el 81% de las autoridades opina que la labor a desarrollar por este recurso humano debe circunscribirse a actividades asistenciales tales como la prestación de servicios; un 63% opina

CUADRO 24. Opinión de las autoridades agrupadas por cargo, sobre las funciones que debe cumplir el maestro en salud pública.

Cargo	Investigación				Servicios				Administración				Docencia				Total	
	No		Sí		No		Sí		No		Sí		No		Sí		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%				
Dir. nacional	1	3,70	3	11,11	2	7,41	2	7,41	3	11,11	1	3,70	3	11,11	1	3,70	4	14,81
Jefe depto.	5	18,52	8	29,63	1	3,70	12	44,44	13	48,15	0	0,00	9	33,33	4	14,81	13	48,15
Jefe unid. san.	2	7,41	1	3,70	2	7,41	1	3,70	2	7,41	1	3,70	1	3,70	2	7,41	3	11,11
Dir. hospital	2	7,41	4	14,81	0	0,00	6	22,22	5	18,52	1	3,70	1	3,70	5	18,52	6	22,22
Administrad.	0	0,00	1	3,70	0	0,00	1	3,70	1	3,70	0	0,00	1	3,70	0	0,00	1	3,70
Total	10	37,04	17	62,96	5	18,52	22	81,40	24	88,89	3	11,11	15	55,56	12	44,44	27	100,00

CUADRO 25. Opinión de las autoridades sobre el tipo de cargo que debe ocupar el maestro en salud pública.

Cargo	Sin respuesta		Directivo		Mando medio		Personal de base		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Dir. nacional	0	0,00	2	7,41	2	7,41	0	0,00	4	14,81
Jefe depto.	4	14,81	5	18,52	2	7,41	2	7,41	13	48,15
Jefe unid. san.	0	0,00	0	0,00	1	3,70	2	7,41	3	11,11
Dir. hospital	1	3,70	2	7,41	1	3,70	2	7,41	6	22,22
Administrador	0	0,00	1	3,70	0	0,00	0	0,00	1	3,70
Total	5	18,52	10	37,04	6	22,22	6	22,22	27	100,00

que además debe desarrollar actividades de investigación y un 44% que debe cumplir funciones docentes, principalmente institucionales como charlas de carácter educativo, y solo un 11% menciona las labores administrativas como función principal. Esto se puede apreciar más claramente en la Figura 8. Estos datos corroboran las apreciaciones del cuadro anterior.

En cuanto a las opiniones de las autoridades sobre el tipo de cargo que debería ocupar el personal formado, un 37% opina que debería estar en nivel directivo; un 22% a nivel de mando medio; 22% a nivel personal de base; y un 18,5% no respondió. Es alto el porcentaje (18,5%) de autoridades que no saben qué tipo de cargo debería desempeñar este recurso humano.

El análisis de las opiniones de 27 autoridades sobre la formación del personal en salud pública muestra algunos hechos interesantes:

- La mayoría de las autoridades opinan que deberían impartirse cursos cortos de salud pública de menos de tres meses de duración a todo el personal; que es preferible formar maestros en Salud Pública en vez de especialistas (11,1% frente a 55,6%).
- Con referencia a las áreas en las cuales el maestro en Salud Pública debe ser formado, un alto porcentaje de las autoridades opinan que debe desempeñar funciones asistenciales (85,2%) y de investigación (77,7%). Las áreas de administración y de docencia solo recibieron prioridad por un 29,6% de los encuestados.
- Estos mismos criterios se observan en las opiniones sobre las funciones que debe desempeñar el maestro en Salud Pública dentro del servicio, pues solo 11,1% mencionan las labores administrativas como importantes.

Estos hechos nos permiten suponer que las autoridades del sector salud, que en su mayoría tienen formación profesional básica del área médica, no tienen un esquema claro de las funciones que debe desempeñar el egresado de la Maestría en Salud Pública. Asimismo, 22,2% opina que este recurso humano debe ocupar cargos de base y una alta proporción de autoridades no saben qué tipo de cargo debe ocupar (18,5%).

RECOMENDACIONES GENERALES

1. En cuanto a la disponibilidad de salubristas, se puede observar que el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública para implementar los proyectos de salud a corto y mediano plazo precisa de personal especializado en áreas de investigación, administración y docencia en el campo de la salud de la comunidad.

- Por lo tanto, es imprescindible continuar la producción de salubristas en el país. La posibilidad de implementar proyectos de fortalecimiento de los servicios, hace preveer para el futuro próximo (5 años) una demanda potencial de por lo menos 100 salubristas.
- Se recomienda diversificar la formación de la Maestría en Salud Pública, hacia subespecialidades de epidemiología y administración consideradas como áreas críticas dentro de la prestación de servicios de salud.

2. En cuanto a la formación del salubrista, se debe adoptar una política de cooperación, a través de becas a los postulantes del interior para realizar el posgrado, de modo de fortalecer los niveles regionales que requieren de recursos humanos calificados en este campo, y mejorar así su distribución espacial.

- Es importante incorporar al curso de Maestría, un porcentaje mayor de profesionales del área socioeconómica para reforzar el equipo de salud de los servicios.
- Se debe propiciar que la Maestría en Salud Pública se desarrolle en un auténtico marco de integración docente asistencial, estableciendo un nivel de coordinación Universidad-Ministerio que permita formar un recurso humano dentro del propio servicio; y que sea adecuado a la realidad del país, con capacidad para coadyuvar a buscar la resolución de problemas prioritarios de salud.
- Se debe fortalecer la estructura académica del curso de Maestría dotándole del recurso humano y de infraestructura necesarios, así como proporcionarle los recursos adecuados para la ejecución

de proyectos de investigación y elaboración de tesis de sus egresados, los cuales deben enmarcarse dentro de las necesidades de investigación de los servicios de salud.

3. En cuanto a la utilización del Maestro en Salud Pública, aunque se observa una utilización adecuada en algunas instituciones del sector como el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, se recomienda:

- Que las instituciones que patrocinan a postulantes al curso tengan una previsión sobre el cargo y funciones que desempeñará este recurso humano después de su egreso.
- Que el curso intensifique una labor de información y orientación sobre este recurso humano, su papel, funciones y potencialidades en las instituciones del sector, de modo que estas promuevan y utilicen adecuadamente a este personal.

AGRADECIMIENTO

Las autoras agradecen la colaboración del Dr. Jaime Evia, Coordinador del Programa de Maestría en Salud Pública de la Univ. Mayor de San Andrés, del Lic. Eduardo Vexina, del Dpto. de Medicina Comunitaria de la Univ. Mayor de San Simón, Cochabamba, y de la Lic. Elena de Saavedra, del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, por su cooperación en la recolección de la información.

BIBLIOGRAFIA

Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Plan de Estudios: Curso de Maestría en Salud Pública (Documento mimeografiado, 1979).

Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Universidad Boliviana Mayor de San Andrés y OPS/OMS. Convenio Tripartito para el Desarrollo del Curso de Maestría en Salud Pública, 1985.

Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Dirección Nacional de Recursos Humanos. Modelo de Evaluación del Desempeño y la Utilización del Personal en Salud, 1988.

U.M.S.A. (Universidad Mayor de San Andrés). *Pensums* Maestría en Salud Pública. (Documento mimeografiado, 1984, 1985, 1986).

INCAP: ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS DE MEDICOS, UTILIZANDO TECNICAS DE EDUCACION A DISTANCIA

Verónica M. de Palma,¹ Hernán Delgado² y Magda Fischer³

INTRODUCCION

La desnutrición proteínico-energética (DPE) es uno de los principales problemas de salud de la región centroamericana, que afecta en mayor o menor grado a todos los países del istmo. A pesar de los esfuerzos realizados por los países de la región para mejorar la situación, que en algunos países ha disminuido significativamente en las últimas décadas, se ha postulado que medidas como las políticas macroeconómicas que están siendo establecidas en los países pudieran incrementar la desnutrición. Es por ello imperativo llevar a cabo acciones concretas que contribuyan a la prevención y tratamiento de la DPE.

Entre las acciones identificadas para prevenir y mejorar la atención clínica del niño desnutrido, se considera esencial la actualización de conocimientos del personal de salud, en especial de los médicos, enfermeras y nutricionistas que trabajan tanto en los servicios oficiales de salud como en la práctica privada. Esta actualización debe estar enfocada a aspectos relacionados con la prevención, el diagnóstico y el manejo clínico del niño desnutrido, lo cual redundará en una mejor atención al niño y en una mejor orientación a la madre o su encargada.

Se han propuesto diversas metodologías presenciales y no presenciales para la actualización de conocimientos del personal. Ambas han demostrado un efecto positivo en el cambio de nivel de conocimientos; pero, tomando en cuenta que el personal profesional tiene poco tiempo

¹ Responsable, IV Difusión de Información Científico-Técnica/INCAP.

² Director/INCAP.

³ Coordinadora, Información y Comunicación/INCAP.

disponible para actividades de educación presencial, se ha considerado a la educación a distancia como una buena opción para la actualización de conocimientos de estos profesionales. La utilización de la metodología de educación a distancia permite al personal actualizarse a su propio ritmo, de acuerdo con su disponibilidad de tiempo y sin abandonar sus labores rutinarias.

Tomando en consideración las razones anteriormente expuestas, el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) desarrolló y probó la metodología de educación a distancia por medio de un cursillo sobre el tratamiento del niño desnutrido. Esta actividad contó con el aval del Colegio de Médicos y Cirujanos y de la Asociación Pediátrica de Guatemala. En este documento se analizan las características de la metodología y los resultados de su prueba en un grupo de médicos generales y especialistas de Guatemala.

MATERIAL Y METODOS

A continuación se describe el proceso seguido en el desarrollo del cursillo, desde la elaboración del material educativo, hasta la clausura de la actividad, en cada una de sus etapas.

1. Preparación del material

Para llevar a cabo este cursillo, se desarrolló el contenido de cinco unidades didácticas sobre el tratamiento del niño desnutrido, con relación a los siguientes temas:

- Tema 1. Situación alimentario-nutricional de Guatemala
- Tema 2. Causas de la desnutrición proteínico-energética
- Tema 3. Diagnóstico de la desnutrición proteínico-energética
- Tema 4. Tratamiento de la desnutrición proteínico-energética
- Tema 5. Prevención y control de la desnutrición proteínico-energética

En el contenido de cada unidad didáctica se incluyó una introducción, el desarrollo del tema y una hoja de autoevaluación que el participante debía responder después de haber estudiado el tema.

Para asegurar la validez del contenido técnico del material, se conformó un comité científico, cuya función fue la de revisar cada tema y elaborar las preguntas para las hojas de autoevaluación. Los comentarios y las preguntas propuestas fueron incorporados para obtener una versión revisada que era reproducida y enviada a los participantes.

2. Acreditación

Simultáneamente a la preparación del material, se solicitó el aval del Colegio de Médicos y Cirujanos y de la Asociación Pediátrica de Guatemala, quienes otorgaron 20 créditos y una Certificación de Participación a todos los médicos que completaran los cinco capítulos con un promedio igual o superior al 70% de respuestas correctas en las hojas de autoevaluación.

3. Promoción

Para promocionar la participación de los médicos en esta actividad, se elaboraron panfletos que contenían la información detallada del curso y una hoja de suscripción al mismo. Estos panfletos fueron entregados al Colegio de Médicos y Cirujanos, quien se encargó de distribuirlos durante el Congreso Anual de Medicina.

4. Mecánica de distribución

A los médicos inscritos, tanto por medio de la hoja de inscripción del panfleto como por la vía telefónica, se les envió por correo el primer capítulo del cursillo. En este se les daban las instrucciones generales acerca de cómo estudiar el contenido del material y sobre la fecha límite para el envío de la hoja de autoevaluación a la sede del INCAP.

Las hojas de autoevaluación recibidas fueron calificadas y las notas fueron registradas, regresándose la hoja calificada adjunta al siguiente capítulo del cursillo, y así sucesivamente hasta completar los cinco capítulos del mismo.

Un mecanismo que facilitó el envío de cada capítulo fue que en cada hoja de autoevaluación se incluyó una etiqueta autoadherible que el médico debía llenar con su nombre y dirección, de modo que al recibirse en el INCAP la hoja de autoevaluación, se corregía y se devolvía, utilizando la etiqueta que el mismo médico había llenado. Por otro lado, este mecanismo fue utilizado para retirar del programa a quienes no enviaban su hoja de respuesta dentro de las fechas establecidas.

En el último capítulo se incluyó además de la hoja de autoevaluación del tema estudiado, un cuestionario de evaluación general del cursillo, que permitió conocer la opinión de los participantes sobre la calidad del contenido, la metodología empleada, el grado de dificultad del contenido y sus áreas de interés para futuros temas. Para estudiar cada capítulo se dieron de cuatro a seis semanas, contemplando en este período el tiempo de correo.

5. Clausura

Para clausurar este evento se realizó un simposio sobre manejo clínico del niño con desnutrición proteínico-energética, el cual se incluyó como un evento oficial del XXIX Congreso Nacional de Pediatría realizado en Guatemala. En este evento participaron no solo los médicos que terminaron el curso sino también los que estaban participando en el Congreso. En esta ocasión se entregaron además los certificados de participación en el cursillo que ofreció la Asociación Pediátrica.

Posteriormente se envió al Colegio de Médicos y Cirujanos el cuadro que contenía las calificaciones obtenidas por cada participante, para que les fueran otorgados los créditos correspondientes.

6. Estudio de validación de la metodología

Al desarrollar esta actividad no se contempló la elaboración de evaluaciones iniciales que permitieran medir cambios en el nivel de conocimientos; por esta razón se diseñó un subestudio en el que se incluyeron 43 médicos de Guatemala, con características similares al grupo original, que no hubieren participado en el cursillo. El propósito de este subestudio fue determinar cambios en el nivel de conocimientos de los participantes, utilizando el material elaborado.

RESULTADOS

En esta actividad se inscribieron 444 médicos y se incluyeron a los 180 pediatras registrados en la Asociación Pediátrica; lo que hizo un total de 624 médicos. De estos, concluyeron los cinco capítulos 315, de los cuales se eliminaron en el análisis estadístico 52 participantes debido a que no se contaba con la información referente a su área de especialidad, lugar de procedencia ni lugar de trabajo. A continuación se presenta un resumen de los resultados obtenidos de los 271 participantes cuya información estaba completa. El Cuadro 1 presenta información acerca de las características generales de los médicos participantes en el cursillo. Como puede observarse, la mayoría de los participantes fueron médicos generales (68%), del área urbana (69%), que trabajan en servicios oficiales de salud (67%).

En el Cuadro 2 se presentan las calificaciones alcanzadas en cada uno de los cinco temas y en total. Los promedios son en todos los casos superiores a 85 puntos, y no se detectan diferencias estadísticamente significativas entre los promedios en los diferentes temas.

CUADRO 1. Características generales de los médicos participantes en el cursillo sobre tratamiento del niño desnutrido.

Características		%
Procedencia	Urbano	69
	Rural	31
Trabajo	Práctica privada	33
	Servicios públicos	67
Especialidad	Medicina general	68
	Pediatría	28
	Salud pública	3
	Gineco-Obstetricia	1
n = 271		

CUADRO 2. Promedio de calificaciones obtenidas en cada tema por los médicos participantes.

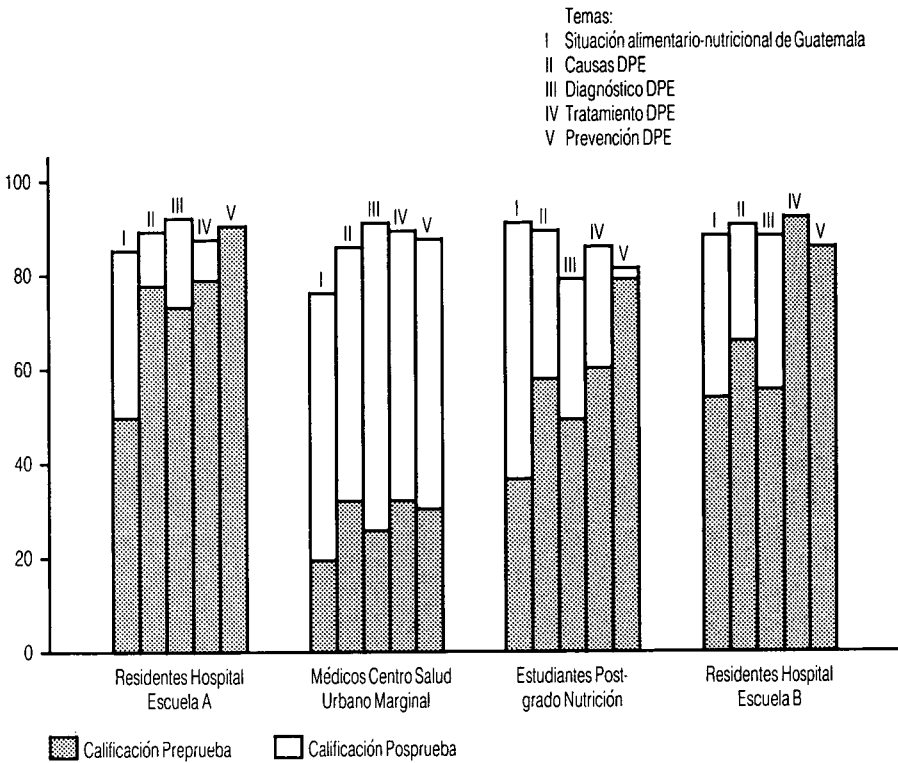
Tema	Calificación obtenida promedio	D.E.
Situación alimentario-nutricional de Guatemala	85	11,6
Causas de la desnutrición proteínico-energética	94	6,3
Diagnóstico de la desnutrición proteínico-energética	90	10,2
Tratamiento de la desnutrición proteínico-energética	89	9,8
Prevención y control de la desnutrición proteínico-energética	90	8,6

CUADRO 3. Grupos de médicos participantes en la subinvestigación de validación de materiales.

Institución	No.
Grupo 1 Residentes hospital-escuela A	15
Grupo 2 Residentes hospital-escuela B	12
Grupo 3 Médicos centros de salud urbano-marginal	10
Grupo 4 Estudiantes posgrado en nutrición	6
Total	43

Estos resultados presentan la limitante que no fue posible establecer los cambios en nivel de conocimientos antes y después del cursillo, debido a que no se contaba con información de base. Por esta razón se decidió desarrollar un estudio en una muestra de 43 médicos con características similares a la muestra original y que no habían participado en el

FIGURA 1. Calificaciones obtenidas por los participantes en prepruebas y pospruebas sobre la validación de materiales.



curso anteriormente descrito. Los grupos incluidos en la muestra estudiada se presentan en el Cuadro 3.

La investigación tuvo una duración de cinco semanas. Semanalmente, se realizó la preprueba de cada tema, y en la siguiente sesión los participantes tenían que entregar la hoja de autoevaluación del capítulo estudiado, hacer la preprueba del próximo capítulo y se les entregaba el material para que estudiaran el siguiente tema, y así sucesivamente hasta completar los cinco temas.

De acuerdo con la información suministrada en el Cuadro 4 y la Figura 1, al aplicar la prueba de Wilcoxon se obtuvo un cambio positivo,

CUADRO 4. Medianas de diferencias, D.E. y prueba de Wilcoxon en resultados de la preprueba y posprueba por tema del curso sobre DPE.

Tema	Diferencia entre las prepruebas y pospruebas		Nivel de significancia prueba de Wilcoxon
	Mediana	D.E.	
Situación alimentario-nutricional de Guatemala	43,3	21,2	p < 0,0001
Causas de la desnutrición proteínico-energética	26,3	25,5	p < 0,0001
Diagnóstico de la desnutrición proteínico-energética	33,5	24,9	p < 0,0001
Tratamiento de la desnutrición proteínico-energética	16,5	25,8	p < 0,0001
Prevención y control de la desnutrición proteínico-energética	17,5	23,5	p < 0,0001

altamente significativo en las medianas de conocimientos en todos los temas, antes y después de haber estudiado el contenido de cada tema del curso.

Al estudiar las diferencias entre los cuatro grupos de participantes mediante un análisis de regresión simple, se encontró que el nivel de conocimientos aumentó en relación inversa al nivel de conocimientos al inicio del curso, en todos los temas. En otras palabras, el nivel de aprendizaje es inversamente proporcional al nivel inicial de conocimientos, de modo que a menor conocimiento al inicio, mayor aprendizaje. Al considerar los distintos grupos ajustando por el nivel inicial de conocimientos, no se encontraron diferencias entre grupos. Es importante destacar el efecto homogeneizador de este material educativo sobre los conocimientos, independientemente de los diferentes grupos, lo que hace a este material útil para unificar criterios en cuanto al manejo del niño desnutrido.

Observaciones sobre el cursillo de parte de los participantes

Los resultados del análisis de los contenidos y del grado de dificultad del material, de acuerdo con las opiniones de los 271 médicos que concluyeron el cursillo, se presentan en los Cuadros 5 y 6, respectivamente. En general más del 90% de los médicos encontraron los temas fáciles de entender; sin embargo, en el análisis de rubros específicos de cada tema algunos mostraron dificultad para entender cuadros (15%), gráficas (26%) y análisis estadístico (17%). Aunque este porcentaje fue bajo, es indicación de que debe ponerse atención en la necesidad de ampliar más las explicaciones referentes a estos rubros para que el material sea completamente claro y entendible de parte de todos los participantes.

CUADRO 5. Observaciones acerca del contenido del cursillo sobre tratamiento del niño desnutrido, por tema.

Capítulo	Calidad del contenido		
	Muy vago %	Fácil de entender %	Difícil de entender %
Situación alimentario-nutricional de Guatemala	2	96	2
Causas de la desnutrición proteínico-energética	3	94	3
Diagnóstico de la desnutrición proteínico-energética	2	91	7
Tratamiento de la desnutrición proteínico-energética	5	90	5
Prevención y control de la desnutrición proteínico-energética	8	91	1

CUADRO 6. Observaciones acerca del cursillo sobre tratamiento del niño desnutrido, por componente y grado de dificultad.

Componente	Grado de dificultad			
	Muy vago	Fácil de entender	Difícil de entender	Incomprensible
Vocabulario	2	97	1	—
Cuadros	4	81	15	—
Gráficas	4	69	26	1
Análisis estadístico	4	79	17	—

Otros resultados de interés son los siguientes:

- El 77% de los participantes consideró haber obtenido conocimientos actualizados y aplicables a la práctica.
- La mayoría calificó la presentación del contenido entre muy bueno (47%) y excelente (38%).
- A todos les pareció adecuada la metodología empleada; la mayoría consideró que la frecuencia de envío era regular (63%), y que el correo fue la mejor forma de distribuirlo (89%).

- La mediana del tiempo empleado en estudiar el material fue de cuatro horas; a pesar de que se les dio de cuatro a seis semanas para estudiar cada tema, la mayoría (79%) consideró este tiempo adecuado.
- A todos les gustaría participar en otro cursillo similar; en cuanto a otros temas para un próximo cursillo indicaron interés en más de un tema.
- Los temas identificados, en orden descendente de interés, fueron: control de enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, inmunizaciones, monitoreo del crecimiento y factores de riesgo del bajo peso al nacer.

Con base en estos resultados se está realizando un segundo curso donde se inscribieron 1000 médicos, 100 enfermeras graduadas y 20 nutricionistas de Guatemala. Asimismo, se está promoviendo el desarrollo de estos cursos en otros países de Centroamérica.

DISCUSION Y CONCLUSION

En vista de los resultados obtenidos se puede afirmar que esta metodología es útil en la actualización de conocimientos de los participantes, porque les permite reforzarlos o adquirir nuevos, sin abandonar sus labores rutinarias. Sin embargo, es importante tomar en consideración los siguientes aspectos:

- En relación con la especialidad de los que concluyeron el curso, llama la atención que, a pesar que el material se envió a todos los pediatras registrados ($n = 180$) se hubiesen inscrito o no, solamente el 40% ($n = 73$) concluyó el curso, cuando era de esperarse un alto grado de interés dentro de este grupo.
- Con respecto al nivel de conocimientos obtenidos es difícil evaluar el dominio de nuevos conocimientos cuando la evaluación se hace con texto abierto, aunque cada vez que fue posible se incluyeron preguntas de aplicación de los conceptos revisados. Es válido mencionar que el número de participantes solo permitió la elaboración de preguntas cerradas (selección múltiple, falso-verdadero, pareamiento, etc.) lo cual limita aún más la abstracción de conceptos.
- Por otro lado, se considera que la hoja de autoevaluación obliga al participante a leer el material, y el hecho de conservar el material facilita la obtención de información concreta, sobre desnutrición proteínico-energética, en el momento en que se necesita.
- En cuanto al cambio en el nivel de conocimientos de los cuatro grupos del subestudio, es interesante notar que los dos grupos

de médicos pertenecientes a hospitales-escuela obtuvieron las más altas calificaciones en la preprueba, y en los dos últimos temas (tratamiento y prevención DPE) prácticamente no hubo cambio en el nivel de conocimientos; posiblemente esto se debe a que este grupo de médicos está recién egresado y capacitándose en su especialización, por lo que sus conocimientos están actualizados y puestos en práctica. Pero es interesante observar que todos los grupos alcanzan calificaciones similares en las pruebas finales de los cinco temas. De acuerdo a la información disponible se puede concluir que:

a) Esta metodología es útil en la actualización de conocimientos de los participantes porque les permite reforzar o adquirir nuevos conocimientos, sin abandonar sus labores rutinarias.

b) Esta metodología permite un cambio positivo en el nivel de conocimientos así como su unificación de parte de los participantes.

c) El material bibliográfico enviado se constituye en material de consulta y de referencia que el participante archiva en su colección personal.

d) El material bibliográfico puede ser utilizado por los participantes en la docencia en las cátedras de las facultades de las ciencias de la salud.

e) Se recomienda la utilización de esta metodología en escuelas formadoras de recursos humanos de la región centroamericana.

BIBLIOGRAFIA

Barrantes, R. *La docencia en la educación a distancia. Algunas consideraciones sobre control de un sistema de educación a distancia.* Universidad Estatal a Distancia (UNED). Primer Congreso Universitario de Educación a Distancia, San José, Costa Rica, febrero de 1988, 13 pp.

Madrigal, C. *La investigación en la Universidad a Distancia. Apunte sobre la investigación en la UNED.* Universidad Estatal a Distancia (UNED). Primer Congreso Universitario de Educación a Distancia, San José, Costa Rica, febrero de 1988, 9 pp. (Mimeografiado).

Rodríguez de Quintana, S. *Comparación de tres metodologías para la capacitación de personal multidisciplinario de salud en supervivencia infantil en el área de salud Guatemala Sur.* Centro de Estudios Superiores en Nutrición y Ciencias de Alimentos (CESNA), Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas/INCAP. Guatemala, C.A., abril de 1988 (Tesis No. 439).

Snedecor, G. y Cochran, W. *Statistical Methods*, 7th ed. Ames, Iowa, The Iowa State University Press, 1980.

Vásquez, E. *Principios y Técnicas de Educación de Adultos.* San José, Editorial Universidad Estatal a Distancia (UNED), 1985, 375 pp.

COLOMBIA: EFECTOS DE UN PROGRAMA EDUCATIVO ESTRUCTURADO EN LAS ACTITUDES DE LA PERSONA VIEJA HACIA LA VEJEZ

Elba Becerra Moncayo,¹ Margarita Cerna Barba,² Julia Lerma González³ y Nohemy Barona de Infante⁴

INTRODUCCION

El envejecimiento de la población es el resultado de los cambios en la estructura de la población, cambios debidos a los efectos de las variaciones en la fecundidad, la mortalidad, los adelantos científicos y tecnológicos y los progresos logrados en los servicios de atención de salud. El propósito de este estudio fue evaluar las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento de un grupo de personas viejas antes y después de asistir a un Programa Educativo Estructurado (PEE). El diseño del estudio fue cuasiexperimental, con metodología participativa. El acopio de la información se hizo mediante la Encuesta Individual sobre Aspectos Biopsicosociales, la Escala para la Medición de Actitudes (Tipo Lickert) (1) y la Guía de Observación de Comportamientos Individuales y de Grupo.

En Colombia, según censo de 1985, de un total de 27 837 932 habitantes, 3 283 689 (11,79%) eran personas de más de 50 años (2). Según la dinámica demográfica, para el año 2003 la participación porcentual de la población vieja aumentará en un 6,8% en relación con la población total del país (3). Hay estudios que muestran diferentes opiniones y apreciaciones

¹ Enfermera Jefe, Unidad Regional, Buga, Valle, Colombia.

² Profesor Principal, Departamento de Enfermería, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Cajamarca, Perú.

³ Profesor Titular, Departamento de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

⁴ Profesor Asociado, Departamento de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

de la persona vieja frente a su proceso de envejecimiento. Se desconocen programas educativos y métodos que contribuyan al fortalecimiento y reorientación de actitudes hacia la vejez y que faciliten la comprensión y el verdadero sentido y valor de las acciones del viejo en todas las formas de vida social. El fomentar alternativas de educación en la persona vieja, favorece la aceptación del proceso de envejecimiento, conduce al desarrollo intelectual y a la adopción de actitudes positivas. Es por ello que los autores consideraron útil valorar el efecto de un PEE en relación con las actitudes de las personas viejas, partiendo de su conocimiento y reflejadas en su comportamiento.

MATERIAL Y METODOS

La población de la muestra estuvo conformada por 29 personas viejas, residentes en el barrio Unión de Vivienda Popular de Cali. Los requisitos de selección fueron: personas de 50 y más años (4), voluntarias, sin participación previa en cursos de preparación para la vejez, sin padecer patología incapacitante y que dispusieran de tiempo para participar en el PEE. La encuesta se realizó mediante entrevistas casa por casa y con la cooperación de otros grupos de la comunidad. Se desarrolló un taller para identificar necesidades del grupo respecto a la aceptación, integración y comunicación y ajustar el PEE dirigido al fortalecimiento y reorientación de las actitudes de la persona vieja hacia la vejez. El PEE se desarrolló en 13 sesiones, con metodología que estimuló la participación (experiencias vivenciales, dinámica de integración y recreación, sociodramas, juegos, otros). Al finalizar cada sesión se llenaba la guía de observación registrando las formas de actuar de las personas, de acuerdo con los componentes establecidos. La encuesta individual permitió caracterizar al grupo y medir la escala de actitudes, aplicada antes y después del PEE. Los resultados se presentaron al grupo.

RESULTADOS

En el grupo estudiado resaltó que el 90% de las personas eran mujeres, amas de casa, con edad promedio de 63 años, creyentes y practicantes de la religión católica; el 79% eran procedentes de la zona urbana y el 72% tenían algún grado de escolaridad primaria. La totalidad de las personas han vivido y viven en compañía de algunos miembros de la familia, de quienes dependen económicamente (93%). El 86% de las personas tomaban decisiones en el hogar.

CUADRO 1. Factor 1. Aceptación de la vejez.

No. Orden	Enunciados	Comunalidad ^a	Carga factorial ^b	Promedio	Desviación estándar
1	La persona vieja se considera estorbo para la familia	0,96	0,90	2,87	0,46
2	A la persona vieja la arrinconan	0,69	0,46	2,78	0,52
3	La familia es complaciente con la persona vieja	0,73	0,71	2,83	0,39
4	Sentirse uno solo y enfermo es estar viejo	0,91	0,56	2,83	0,58
5	La familia es desconsiderada con la persona vieja	0,79	0,43	2,61	0,58
6	La gente se burla de las personas viejas	0,92	0,59	2,30	0,63
7	La persona vieja se relaciona con los amigos de los hijos	0,96	0,33	2,87	0,46
8	En la casa la persona vieja se siente cohibida	0,97	0,92	2,91	0,29
9	La persona vieja es cansona	0,86	0,47	2,65	0,57
10	La persona vieja en la casa se siente muy sola	0,85	0,51	2,39	0,78
11	La vejez sin dinero es terrible	0,74	0,42	1,30	0,63
12	La persona vieja en casa se siente aburrida	0,89	0,39	2,57	0,66
13	Es triste llegar a la vejez	0,89	0,84	2,83	0,49
14	La persona vieja hace las cosas bien	0,97	0,35	2,87	0,46
15	La persona vieja avergüenza a la familia	0,97	0,92	2,91	0,29
16	La familia le impide hablar a la persona vieja	0,75	0,67	2,78	0,42
17	La persona vieja vive del recuerdo	0,82	0,39	2,61	0,78
18	La persona vieja se acompleja con su vejez	0,93	0,57	2,96	0,21
19	La persona vieja participa en las decisiones de la casa	0,93	0,57	2,96	0,21

^aComunalidad: cerca a 1.

^bCarga factorial: $\geq 0,30$.

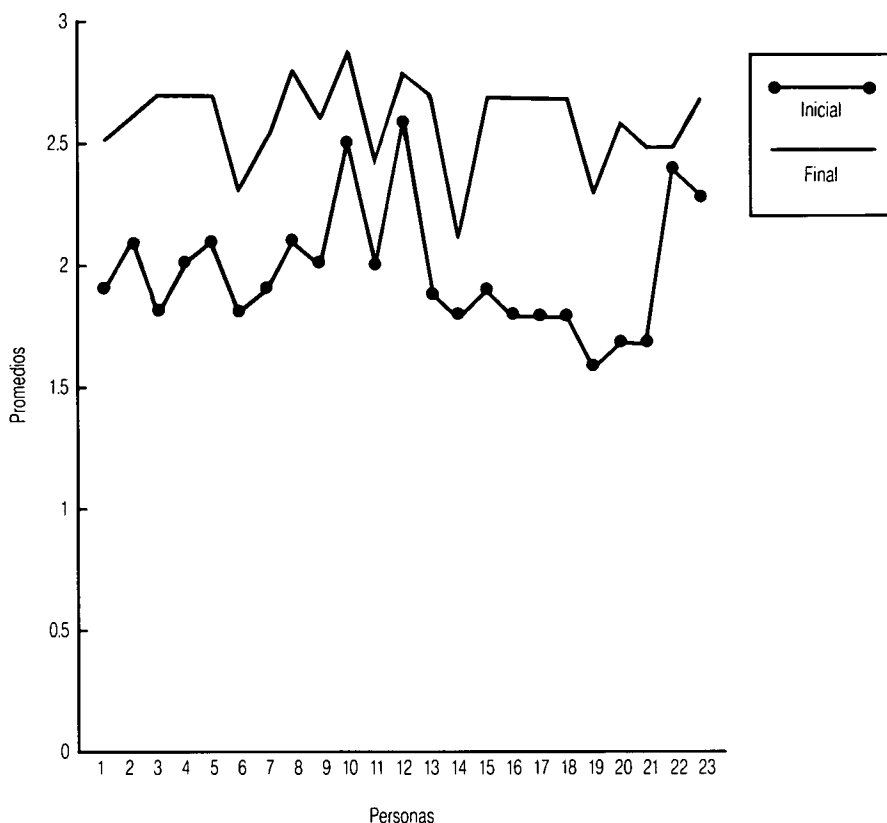
CUADRO 2. Factor 2. Expectativas en la vejez.

No. Orden	Enunciados	Comunalidad	Carga factorial	Promedio	Desviación estándar
1	La persona vieja necesita ayuda	0,90	0,80	1,26	0,54
2	La persona vieja hace sus labores diarias	0,65	0,44	2,83	0,49
3	Las personas viejas añoran lo pasado	0,89	0,44	2,57	0,73
4	La persona vieja es comprensiva	0,87	0,39	2,96	0,21
5	Hoy día la persona vieja es útil	0,97	0,54	2,91	0,29
6	La persona vieja necesita de muchos cuidados	0,94	0,71	1,17	0,49
7	El arreglo personal carece de importancia en el viejo	0,70	0,51	2,87	0,46

CUADRO 3. Factor 3. Integración de la persona vieja.

No. Orden	Enunciados	Comunalidad	Carga factorial	Promedio	Desviación estándar
1	A partir de los 50 años se recoge el fruto de la experiencia	0,96	0,51	2,96	0,21
2	La familia desconoce cómo tratar a la persona vieja	0,87	0,50	2,04	0,82
3	La persona vieja es amable con las personas	0,96	0,51	2,96	0,21
4	La gente menosprecia a la persona vieja	0,73	0,55	2,39	0,66
5	A la persona vieja le fastidia la música	0,74	0,39	2,52	0,73
6	La persona vieja da lástima	0,84	0,52	2,61	0,66
7	El viejo es una persona atractiva	0,82	0,56	2,65	0,57
8	La persona vieja es capaz de trabajar	0,76	0,49	2,91	0,42
9	Hoy día no se respeta a la persona vieja	0,87	0,33	2,13	0,76

FIGURA 1. Actitudes de la persona vieja.



$t = 2,46 > 1,71 < p,0,05(GL = 22)$

Al relacionar los procesos salud-enfermedad y trabajo mostró que la mayoría de las personas refirieron algún problema de salud, con mayor porcentaje para los problemas musculoesqueléticos (30%) en las personas que desempeñaban oficios de la casa (78%).

El análisis de la escala para medir las actitudes de la persona vieja hacia la vejez, en relación con aceptación, integración y comunicación, consistió de una escala de tres factores, que por las características de los enunciados se denominaron:

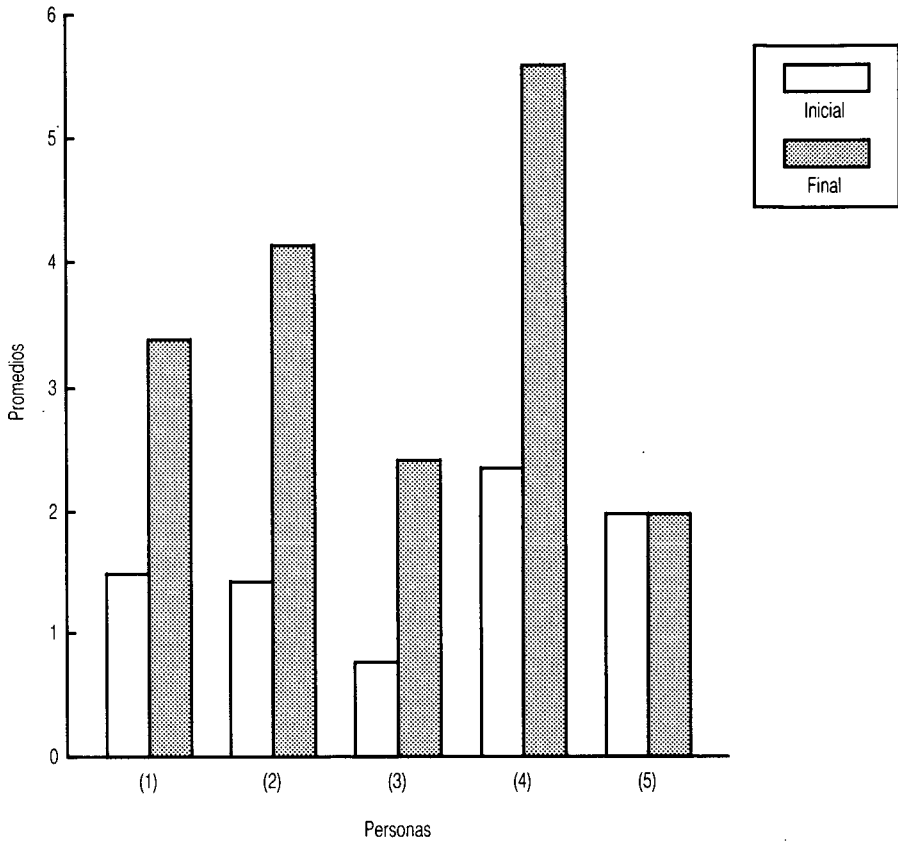
Factor 1: Aceptación de la vejez (Cuadro 1)

Factor 2: Expectativas en la vejez (Cuadro 2)

Factor 3: Integración de la persona vieja (Cuadro 3)

Dos de estos factores (aceptación e integración), coincidieron con las variables propuestas en el estudio; la variable comunicación probable-

FIGURA 2. Comportamientos observados.



1) Conversa con otros. 2) Cuenta experiencias. 3) Expresa opiniones.
4) Integración. 5) Aceptación.

mente por su interrelación e interdependencia con los enunciados quedó incorporada en los otros factores. Estas actitudes se valoraron también mediante la Guía de Observación de Comportamientos, aplicada al finalizar cada sesión educativa.

Se analizaron los comportamientos individuales y grupales obtenidos al inicio y al final del PEE; se observó (Figuras 1 y 2) un crecimiento significativo en relación con las actitudes de aceptación, integración y comunicación de la persona vieja hacia la vejez, lo cual indica que los resultados tienen muy pocas probabilidades de haber sido causados por el azar y posiblemente se deben a la influencia del PEE.

DISCUSION

La mayoría de los estudios sobre la vejez han mostrado actitudes negativas hacia la persona vieja y hacia la vejez (5-8). Sin embargo, es necesario mencionar que son escasos los estudios dirigidos al fortalecimiento y reorientación de estas actitudes.

Los resultados obtenidos en esta investigación, muestran una población vieja, con características particulares de condiciones y estilos de vida determinados y condicionados por el entorno familiar, cultural, económico y sociopolítico donde han desarrollado sus potencialidades biosociales. Estas definen las actitudes en general y las de aceptación, integración y comunicación en particular del grupo estudiado, las cuales fueron fortalecidas y reorientadas mediante un programa educativo metodológicamente estructurado para tal fin.

El PEE propició la identificación de necesidades, la definición de mecanismos de trabajo, la participación activa en la toma de decisiones, el establecimiento de metas y el fomento de la autonomía favoreciendo las actitudes de aceptación, integración y comunicación.

Las actitudes ejercen influencia sobre el proceso de percepción y motivación al mismo tiempo que predisponen a la persona a determinados comportamientos, la mayor parte del comportamiento no solo es aprendido sino que se aprende en condiciones históricas y socioculturales concretas (9). De esta manera los comportamientos en el grupo fueron reorientados y fortalecidos a través del PEE.

Las actitudes de aceptación hacia la vejez, dependen en gran parte de la personalidad, la cual no solo es producto de experiencias pasadas sino que está inserta en los procesos sociales. En el grupo se tuvo la oportunidad de escuchar expresiones, como: "cada uno hace su vejez a su manera", "quien ha sido buen joven es buen viejo", "se envejece tal como se ha vivido"; estas expresiones son reflejo de la imagen que las personas del grupo, con sus características biosociales particulares, tienen de sí mismas y juegan papel importante en sus actitudes hacia la vejez en relación a aceptación, integración y comunicación.

De igual manera en el proceso de integración biosocial, la persona vieja percibe la presencia de algunos cambios fisiológicos que ocurren con la edad y se acompañan de reacciones psicológicas y sociales. Estas reacciones se dan según las circunstancias que se le presenten y son influenciadas por los conocimientos, creencias y valores generados en su proceso de crecimiento y desarrollo, que le permiten responder o adoptar un determinado comportamiento hacia la vejez.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras reconocen con gratitud la magnífica colaboración del grupo de personas de 50 y más años de edad, del barrio Unión de Vivienda Popular de Cali, Valle, Colombia.

REFERENCIAS

- 1 Batista, E. El concepto de actitud. *En: Escalas de actitudes: para la investigación sociológica, psicológica y pedagógica*. Medellín, Editorial Copiyepes, 1982, p. 16.
- 2 Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Resumen resultados de la población: Colombia estadística. *Censo 1985*. Vol. 1. Bogotá, 1978, p. 52.
- 3 Bayona, A. y Rico V. J. Estimación de la población en la tercera edad: 1973-2003. Sociodemografía de la tercera edad en Colombia. Cali, diciembre de 1983, p. 12.
- 4 Naciones Unidas. Cuestiones humanitarias: documentos principales de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Viena, reeditado por Centre Internationale de Gerontologie Sociale (26 de julio-6 de agosto, 1982), p. 15.
- 5 Dulcey, E. y Ardila, R. Actitudes hacia los ancianos. *Revista Latinoamericana de Psicología*: 8 (1):57-67, 1986.
- 6 Escovar, H. Estereotipos e imagen del anciano. *Revista Latinoamericana de Psicología*: 19 (1):51-62, 1987.
- 7 Sánchez, A. Imagen y estereotipos acerca de los ancianos en Venezuela. *Revista Latinoamericana de Psicología*: 14:363-383, 1982.
- 8 Omar, A. Percepción de la vejez en diferentes estratos cronológicos. *Revista Latinoamericana de Psicología*: 19 (2):147-158, 1987.
- 9 Dulcey, E. La gerontología en la perspectiva de la psicología de la salud. *En: Cuadernos de Psicología*: Vol. 10, Nos. 1 y 2. Cali, Editorial Departamento de Psicología, Universidad del Valle, 1989, p. 14.

ABSTRACT

Twenty-nine elderly were assessed on the attitudes toward aging before and after attending to an Estructural Educational Program (EEP), with a participative methodology. The program's objective was to strength and reorient the attitudes of acception, integration and communication.

Subjects have been part of an urban sector of low social economical status from Cali, Colombia. A quasiexperimental research design, with a convenient sample was used. It was applied a questionnaire to each subject to collect biopsychosocial data, a Lickert scale before and after the EEP to measure attitudes, as well as an observational guide to measure individual and group behavior before and after each class. A statistical significant growth was observed on the attitudes toward integration, acception and communication ($t_{22} = 2.46$ $p < 0.05$). Data indicated that elderly attitudes can be strengthened and reoriented through a EEP adjusted to the biopsychosocial characteristics of the group.

RESEÑA

CIENCIAS VETERINARIAS Y SOCIEDAD: REFLEXIONES SOBRE EL PARADIGMA PROFESIONAL¹

Félix J. Rosenberg² y Raúl Casas Olascoaga²

SALUD O ENFERMEDAD

Cualquiera sea el marco conceptual, enfoque o especialidad de una actividad particular, las ciencias veterinarias están asociadas, en forma directa o indirecta, a la promoción de la salud humana o de los animales.

Esta aseveración, a primera vista tan simple e indiscutible, conlleva en sí misma dos grandes contradicciones, cuyo análisis y discusión suelen ser omitidas en el marco de la profesión. Por un lado, la propia conceptualización del binomio salud-enfermedad es objeto de síntesis diversas, generalmente divergentes, según la práctica de diferentes ramas o especialidades vinculadas a la industria animal. Por otra parte, el sujeto beneficiario principal de las acciones de salud de las ciencias veterinarias permanece confuso y raramente definido.

El concepto de salud-enfermedad en las ciencias veterinarias

El concepto de salud-enfermedad ha sido determinado por el paradigma de la medicina, predominante en las ciencias veterinarias (medicina veterinaria), y, como tal, ha tomado como base los elementos que similarmente se presentan en el campo de la salud pública.

Acompañando las corrientes del pensamiento predominantes en diversos momentos históricos, la veterinaria conceptualizó la problemática

¹ Presentado en el XII Congreso Panamericano de Ciencias Veterinarias. La Habana, Cuba, agosto de 1990.

² Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA, HPV/OPS/OMS). Caixa Postal 589, 20001 Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

causal de la salud en paralelo con los sanitaristas médicos. Previamente a la Revolución Industrial, la medicina veterinaria aplicaba, en individuos animales "enfermos", la misma metodología e instrumental aplicados en individuos humanos "enfermos", concebidos como la parte exclusivamente mecánica ("máquina") del binomio mental-físico. Ni una ni otra (la medicina y la veterinaria) habían adquirido aún institucionalización social propia, a pesar de los códigos de ética que preservaban el secreto del arte ejecutado por los profesionales.

Tanto la institución del poder médico como la concepción sanitarista son claros productos de las necesidades de la nueva estructura de producción. Sin embargo, los planteamientos de los primeros sanitaristas europeos, que asociaron las condiciones de salud de los trabajadores al surgimiento de las nuevas relaciones de producción establecidas por la Revolución Industrial, no parecieron influir en el campo de la salud veterinaria. Por el contrario, los veterinarios constituyeron, durante la segunda mitad del siglo pasado, un fuerte apoyo al desarrollo del positivismo biológico, descubridor de los agentes microbianos como causantes de enfermedades tanto humanas como de los animales. Estas acciones, en muchos casos promovidas e impulsadas desde las ciencias veterinarias, contribuyeron en forma significativa al desarrollo de la medicina pero permitieron, al mismo tiempo, enmascarar, durante más de medio siglo, las concepciones estructurales de la determinación de la salud en las poblaciones humanas y/o de los animales.

La epidemiología, en la forma de la epizootiología o de la medicina preventiva veterinaria, es de incorporación reciente a la formación profesional y, generalmente, como un grupo de asignaturas independientes, incorporadas al paradigma médico-clínico. Los conceptos de causalidad y redes causales, como componentes epistemológicos del positivismo y del neopositivismo, fueron incorporados en forma implícita en la formación académica del médico veterinario y en su práctica profesional. Las concepciones de la tríada ecológica, al requerir de fundamentos neoestructurales (teoría de sistemas) para su aplicación en el campo de los animales de interés económico, se enfrentó con una aparente incompetencia de ámbito de la profesión. No se puede analizar el componente "enfermedades" de un sistema productivo si no es incorporado a los restantes componentes del sistema, tales como nutrición, genética, desempeño productivo, rentabilidad, etc., todos ellos formalmente ajenos a las responsabilidades de la medicina veterinaria preventiva.

La preponderancia del paradigma médico-clínico ha llevado a la medicina veterinaria a definir a un animal sano como una "máquina en

silencio" (silencio orgánico), que posee valores fisiológicos "normales" y en la cual los agentes microbianos no causan trastornos manifiestos (están en equilibrio con el huésped).

La práctica vinculada a la salud animal, sin embargo, adquiere conceptos opuestos y contradictorios. El "médico veterinario", de acuerdo con su formación académica, responde a la demanda de corregir sintómicamente los "ruidos orgánicos", las "anormalidades fisiológicas" y los "desequilibrios biológicos". Sus principales instrumentos de trabajo son la cirugía y la terapéutica. Hasta no hace mucho tiempo atrás, todas las Escuelas de Veterinaria del mundo basaban su propuesta académica en estos fundamentos, y muchas de ellas aún la mantienen.

Otros profesionales vinculados a la industria animal, mientras tanto, desarrollaban sus actividades en el sentido opuesto. El inicio de las acciones de selección para la producción animal, como consecuencia de la revolución industrial, se basó en la asociación de caracteres fenotípicos con desempeños productivos. La búsqueda inicial de individuos genéticamente sobresalientes requería de "anormalidades orgánicas" como marcadores fenotípicos de caracteres diferenciales de los antecesores poblacionales. Ubres grandes de implantación horizontal, vellones excedentes de lana, formas específicas de implantes de miembros, presencia o ausencia y forma de la cornamenta, pigmentación de la piel, alzadas menores, incluyendo el enanismo, deformidades manifiestas en los híbridos porcinos y aviares, etc. son algunos ejemplos de las "aberraciones anatómicas" que eran procuradas y desarrolladas.

Estas "deformaciones" anatómicas estaban obviamente asociadas a "disfunciones fisiológicas" marcadas. La búsqueda de individuos sobresalientes fue poco a poco transformándose en la selección sistemática de poblaciones cuyos padrones fisiológico-productivos se alejaran cada vez más de los valores normales preexistentes. La precocidad, la ovulación frecuente, la hiperovulación, la obesidad, la esterilidad, la hipergalactosis son algunas de las "disfunciones" seleccionadas. Estas, a su vez, se traducen en actividad hormonal, en la función cardiovascular, en el metabolismo calórico-proteico y en la concentración de electrolitos significativamente modificados en relación con los padrones poblacionales "normales".

Una de las paradojas funcionales más marcadas se encuentra en el campo de la nutrición. Durante largos años, el paradigma biológico contribuyó en forma determinante para que la nutrición tuviera un papel muy poco relevante en la enseñanza y práctica de la medicina. Hoy en día, sin embargo, la nutrición humana ocupa una posición de destaque en el área de la salud pública, a tal punto que se han desarrollado carreras universitarias específicas para atender este problema. El objetivo de la atención de la nutrición humana se dirige a obtener un balance proteico-calórico que: a) permita el desarrollo del máximo potencial de crecimiento intelectual.

tual y físico, y b) disminuya los riesgos específicos de enfermedades transmisibles y no transmisibles.

La nutrición de los animales de importancia económica constituye el eje fundamental de toda la actividad productiva sectorial, pero no con el fin de mantener un adecuado "equilibrio" de bienestar-desarrollo, sino por el contrario, para buscar el óptimo de eficiencia de conversión de alimentos vegetales, particularmente celulosa, en proteína animal apta para consumo humano. En algunos casos, lo que es enfermedad de la nutrición en la salud pública, se convierte en el principal factor de producción en la nutrición animal. Sin embargo, no solo no existe la carrera de nutricionista animal, sino que la propia enseñanza de la nutrición en las Escuelas de Veterinaria suele ocupar un capítulo de las disciplinas básicas (fisiología, bioquímica) y un pequeño espacio "complementario" en las disciplinas relacionadas con la producción animal. Ambos enfoques, el fisiológico y el productivo, suelen ser opuestos y raramente integrados.

Estas contradicciones entre las concepciones médica y productiva de la industria animal se reflejaron, con igual intensidad, en los aspectos referidos a las enfermedades infecciosas. En lugar de promover la resistencia de los individuos a los agentes biológicos nocivos, tendiendo a lograr un equilibrio entre dichos agentes y sus huéspedes, las poblaciones animales fueron intervenidas en el sentido opuesto. Por una parte, la selección de familias de elevada capacidad productiva ha desembocado en poblaciones genética y fisiológicamente más susceptibles a los agentes infecciosos y menos resistentes a inclemencias climáticas. El equilibrio agente-huésped es así volcado claramente a favor del agente. Por otro lado, el control de las zoonosis y las restricciones comerciales pasaron a definir las prioridades del combate de determinados agentes biológicos en detrimento de otros, más que la consecuencia sobre la población huésped de la relación inter-específica (agente-huésped) en sí.

¿Salud de los animales o salud pública veterinaria?

El objeto formal abstracto de las ciencias veterinarias y, por ende, de la práctica profesional, no es menos ambiguo y contradictorio. Como se ha visto, el veterinario transpone, casi siempre, el concepto de salud pública a la salud de los animales. La definición de salud difundida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es un claro ejemplo de ello, al ser ampliamente reconocida por la comunidad mundial, incluida la veterinaria. Ella establece que la salud debe ser entendida como el perfecto bienestar físico, psíquico y mental de una población y no apenas como la ausencia de enfermedades.

Dejando de lado la dificultad de definir el bienestar psíquico y social de un animal, la transposición de este concepto por el veterinario a su objeto profesional omite la cuestión principal: ¿el objeto profesional veterinario de la promoción de bienestar está referido a la población animal o a la población humana usuaria de los animales, o a ambas? Generalmente la profesión entiende que su objeto específico de promoción de salud-bienestar es la población animal. En el mejor de los casos incluye a ambas, al explicitar que se trata de promover la salud de los animales con el fin de “beneficiar” a la sociedad. En ambos casos conviene evaluar algunas contradicciones manifiestas de la práctica veterinaria.

¿Los animales de interés económico poseen más bienestar cuando son sometidos a estabulación, dietas o inseminaciones artificiales, implantes hormonales, marcas a fuego, castraciones, etc., o cuando se los deja sueltos en pastoreo libre, eligiendo los alimentos más sabrosos, amamantando sus crías, escogiendo sus parejas sexuales, en fin, sometiendo y siendo sometidos por su entorno ambiental?

¿Una colonia de aves, conejos, pilíferos, prefiere vivir en comunidad o en jaulas?

¿Un can o un felino, compañeros inseparables del hombre, aceptarían de buen grado ser amputados o castrados para acompañar la moda o la necesidad de sus amos si fueran consultados (y pudieran responder)?

¿Qué papel asume la profesión veterinaria frente a la conflictiva cuestión de la “ética” del manejo de animales de laboratorio?

¿Y qué decir del poder de decisión del veterinario sobre la vida y la muerte de los animales cuando resuelve practicar eutanasia, erradicar por rifle sanitario una enfermedad infecciosa o seleccionar los individuos más aptos para el sacrificio con fines de consumo?

En cambio, todas las actividades paradigmáticas de la profesión veterinaria tienen una vinculación directa de objeto con el bienestar físico, psíquico y social del hombre. Algunos de los principales componentes de la salud pública directamente intervenidos por el veterinario son:

- a) *Nutrición*: Las proteínas de origen animal constituyen elementos nutritivos críticos e insustituibles en determinadas fases del crecimiento humano. Uno de los componentes necesarios, aunque no suficientes, para una adecuada política de nutrición lo constituye la disponibilidad de proteínas de origen animal. La producción de alimentos, con alta rentabilidad económica y viabilidad social, es el objetivo final de innumerables actividades del veterinario, aun de aquellas limitadas tradicionalmente en el área de la producción animal, al control sanitario y reproductivo.
- b) *Protección frente a inclemencias ambientales*: Se aplica aquí lo que se ha señalado en el punto anterior, pero referido a la producción de cueros, pelos, lanas, pieles y demás productos y subproductos de origen animal.

- c) *Enfermedades transmisibles*: Un gran número de enfermedades transmisibles de la población humana tiene su origen en los animales o sus productos de consumo. El control de dichas fuentes de infección (las zoonosis) en los animales vivos, alimentos o contaminaciones ambientales, ocupa una porción importante de la actividad veterinaria.
- d) *Factores de riesgo de enfermedades crónicas*: El control del uso y/o de los efectos de hormonas, plaguicidas, antibióticos, fertilizantes y contaminantes industriales sobre alimentos de consumo humano potencialmente dañinos para su salud, es atribución creciente de la profesión veterinaria.
- e) *Descanso y esparcimiento*: La importante actividad paradigmática clínica de la medicina veterinaria está, sin duda, orientada al esparcimiento del hombre (cuando no a la recuperación de la actividad productiva). La clínica de animales de estimación y compañía, la atención veterinaria de zoológicos y la protección de la capacidad atlética de animales deportivos, están dirigidas a satisfacer demandas de bienestar psíquico y social del hombre.

Hace ya algunas décadas, la OMS y su Oficina Regional para las Américas, la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), han promovido y desarrollado el área de salud pública veterinaria como un área prioritaria en la formación y ejercicio profesional, complementaria de la producción animal y la clínica. Lo que se postula en este artículo es que la salud pública, más que una especialidad de las ciencias veterinarias, constituye el verdadero objeto formal de la profesión, ya que la producción animal y la clínica veterinaria tienen también como objetivo el proveer bienestar a las poblaciones humanas.

EXPECTATIVAS Y REALIDADES DEL VETERINARIO EN LA SOCIEDAD

El presente trabajo ha sido concebido como una reflexión sistemática sobre la profesión veterinaria y no como un análisis exhaustivo de su papel histórico-social. Aun a riesgo de cometer algunas omisiones o errores de interpretación, se propone, a continuación, una evaluación de las principales áreas de acción del veterinario en función de su expectativa de realización y de la expectativa que la sociedad tiene sobre esa misma actividad.

Generalmente se postulan tres líneas principales de acción del veterinario: la clínica, el sanitarismo y la producción animal.

Clínica

Esta área de actuación ocupa, con escasas excepciones, la mayor carga curricular de las escuelas de veterinaria, tanto por la orientación de las disciplinas básicas como por el peso relativo de las prácticas especializadas.

En un inicio, la práctica veterinaria mundial objetivaba la protección individual de la salud de animales productivos y de trabajo. La clientela principal del veterinario era constituida por las fuerzas armadas, las empresas de transporte y algunos criadores de ganado, generalmente familias rurales poseedoras de un pequeño número de vacas lecheras o bueyes de tracción, para quienes este potencial productivo y de trabajo era su principal medio de sustento. La clínica de animales pequeños se reducía a escasas familias de las oligarquías urbanas.

De esta forma, hasta comienzos del presente siglo, la atención clínica de la especie equina ocupaba la mayor proporción de la práctica profesional veterinaria. Esto justifica la prioridad otorgada a esta especie en las escuelas de veterinaria de América Latina hasta la década del sesenta. A medida que la caballería militar y comercial fue siendo reemplazada por medios mecánicos y el poder adquisitivo de los tenedores de pequeños animales de estimación se ampliaba, la enseñanza veterinaria cambió la especie principal de estudio, pero no sus principios conceptuales y metodológicos.

La clínica de animales productivos fue reduciéndose aún más en la medida en que los pequeños campesinos, para quienes la salud individual de sus animales constituye un elemento básico de reproducción familiar, difícilmente puedan retribuir el costo de la atención veterinaria. Por otro lado, en la producción empresarial cada día priva más el concepto de rentabilidad, donde, excepción hecha de ejemplares de capacidad genética sobresaliente, suele ser favorable sustituir un animal enfermo en lugar de invertir en su recuperación.

Puesto que no se plantea la salud pública veterinaria como atención gratuita de los animales (al estilo del "welfare state", de la medicina socializada, de la atención primaria de salud), la clínica veterinaria debe disputar su actividad de acuerdo con las leyes de mercado, donde la rentabilidad relativa o la disponibilidad de excedente para el gasto superfluo determinarán el empleo del trabajo veterinario. En este sentido, la práctica clínica veterinaria es concebida prioritariamente en un mercado de clases medias a altas. En esos sectores sociales, particularmente en América Latina, el exceso de oferta profesional ante una demanda por lo general superflua, provoca una competitividad exagerada.

El veterinario que solamente cuenta con la clínica como conocimiento instrumental-teórico, se enfrenta, hoy en día, ante dificultades de sobrevivencia extremas. Esto exige una dedicación frecuente a actividades

comerciales de farmacia, droguería y cosmética veterinaria, salvo en los países industrializados o en la atención de usuarios de sólido poder adquisitivo en los países en desarrollo.

Sanitarismo

Las actividades profesionales veterinarias vinculadas al sanitarismo animal son variadas e intensas. Sin embargo, en la formación académica suelen ocupar un lugar de poco destaque como cuestión doctrinaria, poseen una limitada carga de dedicación práctica y la capacitación instrumental está generalmente desvinculada entre sí y con el resto de la carrera.

La práctica sanitarista está relacionada con la actividad oficial de los programas de sanidad animal y salud pública veterinaria, los que recibieron un gran impulso en América Latina durante las últimas dos décadas. En ella se incluyen responsabilidades de planificación y administración de proyectos y servicios, atención de campo de enfermedades transmisibles, control higiénico de alimentos y actividades laboratoriales de producción y control de insumos farmacéuticos y biológicos, diagnóstico e investigación.

En todas estas áreas el veterinario desarrolla mayormente actividades prácticas de rutina. Siente dificultades en asumir posiciones directivas en niveles de mando superiores a su actividad específica y suele frustrarse por la frecuente ocupación de cargos de responsabilidad por profesionales de otras disciplinas (ingenieros agrónomos, administradores, economistas, biólogos, bioquímicos, médicos). La inexistencia de una carrera funcional en la mayoría de los servicios públicos de los países que incentive la capacitación de posgrado, es agravada por la relativa carencia de formación académica en disciplinas generalistas vinculadas al sanitarismo: economía, planificación, programación y administración de proyectos, análisis de sistemas, etc. Otras disciplinas más específicas, como la epidemiología, la estadística, el control de alimentos, la práctica microbiológica y bioquímica laboratorial, la legislación sanitaria, son impartidas, casi siempre, en forma superficial y aisladas de la doctrina sanitarista global.

Estos hechos hacen que la especialización en actividades vinculadas al sanitarismo sea ofrecida casi siempre con posterioridad a la graduación, normalmente restringida a funcionarios de los servicios oficiales y a asuntos esenciales y específicos de su desempeño en la función asignada. De esta forma, la práctica veterinaria sanitarista está sujeta a la oferta de vacantes y condiciones de trabajo de los organismos públicos. La actual política de reducción del gasto público, predominante en la mayoría de los

países de América Latina, incide particularmente sobre una masa laboral cuya preparación para asumir compromisos profesionales en el sector privado está, de esta forma, limitada.

Producción animal

La participación del veterinario en la producción animal ha sido afectada particularmente por el paradigma médico. Generalmente su participación en esta área se reduce a apenas uno de los cuatro pilares fundamentales del complejo productivo: la sanidad. La genética, el manejo y la nutrición cuentan, relativamente y en ese orden, con una oferta escasa de excelencia técnica por parte del veterinario. Es por esta razón que su mercado de trabajo en la actividad empresarial productiva se ve extraordinariamente reducido.

Los cuatro componentes de la producción animal están interligados a través de interacciones mutuas, además de constituir un todo económico donde, no solo la acción sobre uno de ellos influye en los otros tres, sino que la decisión de actuar sobre uno u otro puede definir la viabilidad de una inversión productiva. Es por esta razón que existe una preferencia del mercado de empresarios ganaderos por contratar a ingenieros agrónomos, ingenieros pecuarios o zootecnistas para planificar y asesorar un proceso productivo. En última instancia, el veterinario es consultado para tareas muy específicas y parciales dentro de ese contexto.

Es creciente el número de veterinarios que ocupa un papel preponderante en la organización y gerencia de las industrias avícola y porcina. También es importante su actividad en las cuestiones de reproducción animal y en la industria de producción láctea. Debido a la carencia de otros profesionales en la ascendente industria de producción pesquera, el veterinario ha debido asumir, también aquí, un importante papel de asesoría técnica, aunque ya empieza a ser reemplazado por los biólogos marinos. Todos estos casos, sin embargo, representan excepciones, producto de esfuerzos y motivaciones personales posacadémicas.

A estos últimos profesionales, como a aquellos que reciben formación y grado de veterinarios-zootecnistas, también se aplican las carencias doctrinarias e instrumentales que afectan fuertemente la inserción del profesional en una escala alta del proceso empresarial productivo animal o en los niveles de decisión de las políticas ganaderas. Esta carencia doctrinaria está vinculada a la inserción de la veterinaria como una carrera universitaria biológica, con eventuales cursos de microeconomía y administración de empresas pecuarias, y no como una cuestión eminentemente económica y social con componentes biológicos.

De esta manera, el veterinario tiene una doble restricción en la actividad productiva: en la selección de alternativas de viabilidad técnica y en el dimensionamiento de alternativas de rentabilidad diferencial.

HACIA UN PARADIGMA VETERINARIO

Un documento de circulación restringida de una de las más importantes agencias nacionales de cooperación bilateral, describe, con fecha de diciembre de 1989, una lista de 207 vacantes de expertos internacionales para proyectos de desarrollo en países de América, África y Asia. En dicha lista se incluyen 22 profesiones universitarias (sin contar especialidades como ser ingeniero civil, hidráulico, electromecánico, etc.), más numerosos técnicos medios y profesores de nivel medio, profesionalizante y universitario. A pesar de que entre un 15 y un 20 % de los cargos está directamente vinculado a proyectos agropecuarios, en dicha lista no consta ni una sola vacante para médicos veterinarios.

Existe una creciente conciencia de que el ejercicio veterinario sufrió un profundo desfase histórico en relación con la revisión teórica y práctica ("aggiornamento") de otras profesiones; los adelantos de la tecnología; los desarrollos epistemológicos; las cambiantes necesidades de la sociedad. La necesidad de mudar el perfil de la profesión es motivo de preocupación en el mundo, tal como queda reflejado en reuniones llevadas a cabo con ese propósito específico durante los últimos años en Europa, Estados Unidos de Norteamérica, Australia y América Latina. (OMS, 1983; Melby, E.C., 1985; Univ. of Melbourne, 1985; The Cornell Veterinarian, 1985; ACOVEZ, 1986; Duke University, 1989; UAM, México, 1989).

En todas esas reuniones, sin embargo, el apego al paradigma médico parece establecer límites que impiden ofrecer el desafío de un salto de calidad ante el temor de "descaracterizar" la profesión veterinaria.

Existen ciertos hechos que, tarde o temprano, deberán ser encarados por la comunidad veterinaria. Propuestas ambiguas o remiendos teóricos o tecnológicos en un marco profesional equivocado no podrán resolver la necesidad de desarrollar un paradigma propio, un paradigma veterinario, aunque este signifique romper con la tradición profesional. Es posible que estas notas, intencionalmente provocadoras, sean rechazadas por una importante proporción de profesionales. Su objetivo, sin embargo, estará totalmente cumplido si, al menos, logra motivar una reflexión sin compromisos con el pasado. Pasado profesional cuyos aportes científicos y sociales fueron, en su época, relevantes e insustituibles, pero que están cada día más amenazados de quedar en la galería de los recuerdos ante la falta de respuesta profesional a las demandas actuales de la sociedad.

La cuestión fundamental reside en la identificación, por parte de la sociedad, del papel ejemplar (paradigmático) del veterinario y no en los contenidos curriculares de la formación académica. La importancia de lo económico, en las decisiones referidas a la producción animal, no es discutible. La intervención de lo social en tanto y en cuanto los propietarios y usuarios de los animales son los mediadores de la atención veterinaria, también es plenamente aceptada. El papel de la explotación ganadera en

la preservación ecológica, es otro hecho reconocido por quienes debaten la profesión veterinaria. El uso de la informática como instrumento para el análisis de sistemas complejos ya es incorporado en varias Escuelas de Veterinaria, principalmente en los países de mayor desarrollo industrial.

El paradigma veterinario, sin embargo, no se resuelve incorporando disciplinas de economía, sociología, ecología y teoría de sistemas, a la formación académica del profesional.

La búsqueda de un paradigma veterinario debe comenzar por resolver su objeto formal abstracto. Este es, y siempre fue, a nuestro juicio, las poblaciones humanas y no las animales. El objeto social del veterinario debe quedar claramente establecido: el veterinario debe asumir como compromiso y responsabilidad la organización científica y tecnológica de la explotación de los animales para beneficio del hombre.

A las ciencias veterinarias les preocupa la salud y reproducción de las especies animales con un propósito social explícito e inmediato. Por consiguiente, la sociedad debe identificar al profesional veterinario como a un economista de la explotación de especies animales y no como a un médico de animales. La biología y la medicina serían, en este contexto, instrumentos de desarrollo profesional.

El sentido que se otorga a la "economía de la explotación de las especies animales" como eje paradigmático de la profesión veterinaria no implica transformar al médico veterinario en un economista. Además de las relaciones de producción e intercambio entre la sociedad, las poblaciones animales y los dueños de los mismos, abarca la racionalidad de las transformaciones de determinados tipos de nutrientes en otros productos de consumo de mayor valor económico y social.

El papel de la ganadería en el desarrollo económico y social sería, de esta manera, el eje central e introductorio de la profesión (en lugar, por ejemplo, de la anatomía). La ecología no compone, en este orden de pensamiento, una disciplina de conocimiento "general". Por el contrario, conocer profundamente la estructura ecológica en su complejidad, constituye el eje científico en base al cual el veterinario podrá extraer eficientemente biomasa para consumo directo de la sociedad, sin alterar la preservación ambiental. Es este un desafío que, en relación con la fauna, ninguna profesión atiende.

La zootecnia (producción animal) objetiva la optimización de la extracción de productividad de especies de interés económico, independientemente de su interrelación con otras especies no vinculadas directamente a ellas. La ecología protege la generación de biomasa, sin tomar en cuenta su utilidad social o económica inmediata. El veterinario debería saber orientar la producción de biomasa hacia especies económica y socialmente rentables sin alterar, en lo substantivo, la preservación de las cadenas tróficas (el así llamado equilibrio ecológico).

La producción animal, por su parte, debe conseguir diferenciar lo substancial —el objeto— de lo instrumental para alcanzar dicho objeto. Lo substancial de la producción animal es la nutrición. Es la conversión de elementos poco aprovechables por el hombre en alimentos y otros bienes de consumo humano. La sanidad, la reproducción, el manejo y la genética son desarrollados como instrumentos que optimicen esa conversión alimentaria. En este sentido, el veterinario debe ser un verdadero “nutricionista” animal.

Las cuestiones biológicas (desde la síntesis polipeptídica hasta la medicina de poblaciones) y administrativas (desde la econometría hasta la planificación estratégica) serían, en este contexto, los ejes del conocimiento instrumental de la profesión. Estos instrumentos estarían doctrinariamente enmarcados en el aprovechamiento de los nutrientes “naturales” para la producción ecológicamente dirigida de especies animales seleccionadas como factor del desarrollo económico y social.

La especialización y el perfeccionamiento en la clínica y cirugía de especies de compañía, deportivas o de interés productivo; en la producción según especie y producto (bovinos, ovinos, porcinos, aves, pilíferos, ranas, abejas, carne, leche, pelo, lana, pieles, miel, etc.); en la higiene y protección ambiental (control de alimentos, control de contaminantes ambientales, preservación de la fauna); en la medicina veterinaria preventiva (diagnóstico y control de enfermedades de interés económico, control de zoonosis, control de vectores, producción y control de fármacos y biológicos) serían los instrumentos de inserción del veterinario en su medio social concreto. Como tales, su capacitación estaría diseñada bajo la forma de residencias, trabajos doctorales o cualquier otro mecanismo de especialización tan frecuente en otras disciplinas universitarias.

CONCLUSIONES

El fenómeno que señala el conflicto de la profesión veterinaria con la sociedad se manifiesta en la demanda decreciente de sus servicios, tanto en cantidad como en calidad.

Dicho conflicto, sin embargo, se genera en la imprecisión de los objetivos y compromisos de la profesión. Bajo la cubierta aparente de la protección de la salud de los animales, las acciones del veterinario suelen ser utilizadas para fortalecer grupos de poder vinculados con la industria animal. Esto es y ha sido corriente para todas las profesiones universitarias, en la medida en que se constituyen en elementos críticos de la superestructura social.

La mayor diferencia con otras profesiones radica en la capacidad que estas otorgan a sus miembros para elegir más o menos libremente su compromiso y, consecuentemente, su forma de inserción social, política y económica a través del ejercicio profesional.

En la medida que el objeto aparente de la profesión veterinaria esté constituido por los animales, y que estos sean ajenos a los conflictos sociales, el veterinario constituye el nivel extremo del "descompromiso académico o científico".

Ocurre que los animales de interés económico tienen dueños, usuarios, proveedores de insumos y consumidores y que son estos, con todas las características estructurales particulares que asumen en una sociedad específica, los que demandarán los servicios del veterinario con el evidente propósito de contribuir a su reproducción social.

No es exagerado, por lo tanto, pretender que el veterinario reconozca, entienda y se comprometa conscientemente con los objetivos del mediador de su acción profesional. Es recién entonces que los diversos actores sociales que consumen, atienden o producen animales encontrarán en cada veterinario un aliado o un adversario. Es esa la mejor forma de asegurar una inserción social de la profesión adecuada a las reales necesidades del desarrollo de los pueblos.

NOTICIAS

UNA INNOVACION EN LAS PUBLICACIONES DE EDUCACION MEDICA Y SALUD

Esta publicación del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización ha constituido un foro para divulgar las experiencias y el nuevo conocimiento que se produce en la Región de las Américas alrededor de las cuestiones que conforman esta área de trabajo en salud; ese fue el propósito inicial de la Revista, y así se ha mantenido durante el cuarto de siglo de vida que está a punto de cumplirse.

A lo largo de estos 25 años, la publicación ha cumplido con esa misión a través de distintas modalidades de presentación de los trabajos y experiencias regionales; con el devenir del tiempo, se han constituido grupos de trabajo en algunos países, que han dedicado su tiempo y talento al examen y estudio de una temática en particular y que, como producto de ese esfuerzo, han generado un cuerpo de conocimiento lo suficientemente sólido como para ser ampliamente difundido y provocar la reflexión y el debate; en general, son áreas temáticas que van gradualmente conformando la fisonomía nueva de los recursos humanos en salud para las Américas, en las proximidades del año 2000.

Educación Médica y Salud ha identificado grupos, países y áreas de trabajo en este contexto, y se propone dedicar un número de cada volumen anual a publicar el material producido con estas características. Se inició, con carácter de prueba, con el Volumen 25 No. 1 con el tema "Fuerza de trabajo en salud: La experiencia de Brasil", que incluyó ocho artículos de autores brasileños sobre esta área fundamental. En los próximos números se tratarán los siguientes asuntos:

- Administración y utilización de la fuerza de trabajo: La experiencia de Canadá.
- Desarrollo de recursos humanos para atención primaria: La experiencia de Cuba.
- Participación social e integración docencia-servicio: La experiencia de Colombia.
- Currículum médico en la década del 90: La experiencia de los Estados Unidos.

Educación Médica y Salud espera con esto facilitar la divulgación del conocimiento generado en los países sobre recursos humanos y, al mismo tiempo, estimular a grupos de otros países para trabajar consistente y tenazmente para el desarrollo de un campo específico en el área.

GRUPO DE TRABAJO INTERNO DEL PROGRAMA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

El personal profesional del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización llevó a cabo un encuentro de trabajo con el propósito de revisar las líneas de trabajo actuales y las modalidades de entrega de la cooperación técnica, y de identificar formas de trabajo más congruentes con las necesidades actuales y las demandas esperadas para la década que se inicia. El encuentro tuvo lugar en Coolfont, West Virginia, Estados Unidos, del 25 de febrero al 5 de marzo pasados, habiéndose contado con la participación de 22 profesionales del Programa que desarrollan sus funciones en la Sede de Washington, en grupos subregionales (Centroamérica y Area Andina) y en las Representaciones en los Países (Argentina, Bolivia, República Dominicana, Brasil); participaron así mismo miembros del Programa de Residentes en Salud Internacional.

El análisis y los debates se desarrollaron a la luz del contenido de los siguientes insumos:

- Las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas de la Organización para el cuatrienio 1991–1994.
- Los problemas de la cooperación técnica en el contexto de la crisis actual.
- El programa y presupuesto bienal del Programa (1992–1993).
- Informes y documentos básicos diversos, pertinentes a las distintas líneas de trabajo del Programa.

Fueron analizadas las características, propósitos y modalidades de trabajo de los distintos proyectos y líneas de acción, fundamentalmente las referidas a planificación, información en recursos humanos, educación permanente, investigación sobre personal de salud, incluyendo la orientada al apoyo de procesos educativos, teoría y práctica de la salud pública, articulación básico-social, salud internacional, libros de texto, educación en profesiones de salud, administración de recursos humanos, ciencias sociales en salud y, por último, una revisión exhaustiva de la línea de capacitación avanzada en desarrollo de recursos humanos, que se ha desarrollado a partir de tres programas regionales diferentes en concepción y dirección.

La reunión fue altamente productiva; permitió la reflexión y la crítica sobre asuntos cruciales del Programa; se alcanzó, al final, acuerdo en que “en la situación actual de crisis y en función de una reorganización

sectorial que privilegie la satisfacción de las necesidades de salud de la población y el desarrollo integral de los recursos humanos, se espera que en los países:

- Se haya incrementado la capacidad de análisis integral de los procesos de desarrollo de recursos humanos, para definir, orientar y mejorar la eficacia de las políticas y propuestas correspondientes . . .
- Se hayan generado instancias de concertación intersectorial e interinstitucional para impulsar procesos nacionales de planificación, que orienten las intervenciones en recursos humanos contribuyendo a superar la dicotomía entre la formación de personal y su utilización en términos de empleo y condiciones de trabajo . . .
- Se haya avanzado en la formulación de propuestas de gestión orientadas a la implantación de sistemas operacionales de administración de personal coherentes con los procesos de descentralización de los servicios . . .
- Las instituciones de formación hayan progresado en la comprensión de los principales problemas de salud y de sus procesos determinantes, actuando críticamente en la identificación, producción y utilización de conocimientos, y en la formación de profesionales competentes y solidarios con la realidad de sus pueblos . . .
- Se haya progresado en los procesos de educación permanente del personal del sector, a fin de propiciar una atención de mayor calidad, impulsando el desarrollo conceptual y metodológico de la opción centrada en el trabajo como eje del proceso educativo”.

GRUPO DE TRABAJO DE LA OPS/OMS SOBRE ANALISIS DE POLITICAS Y SISTEMAS DE INFORMACION EN RECURSOS HUMANOS

En el período comprendido entre el 12 y 15 de marzo de 1991, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) llevó a cabo, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), una reunión de consulta sobre Análisis de Políticas y Gerencia de Recursos Humanos en Salud. Dicha reunión tuvo lugar en Washington, D.C., y en ella participaron especialistas invitados, procedentes de diversos países de la Región de las Américas, y consultores de la OPS y de la OMS. Se enfatizó que el campo de la utilización de los recursos humanos es de fundamental importancia, especialmente cuando se tiene en cuenta que el gasto en personal consume aproximadamente el 70% de los recursos financieros destinados al sector. En la

reunión se buscó examinar los principales determinantes del rendimiento del trabajo en el sector salud. También fueron enumeradas las principales dimensiones del proceso de utilización de la fuerza de trabajo en salud que podrían ser consideradas para construir una base informativa para el diseño de alternativas a fin de aumentar la productividad y la calidad de los servicios. Además, se intentó establecer un marco de referencia y formular una estrategia para el desarrollo de estudios sobre esta problemática teniendo en cuenta no solo a las Américas sino también a países de otros continentes que se enfrentan a problemas de este orden. La OMS indicó la posibilidad de seguir apoyando la realización de estudios comparativos en los países de la Región de las Américas sobre los factores determinantes de la productividad y del rendimiento del trabajo en salud (incluso en los aspectos cualitativos) tomando como referencia el logro de la equidad de los servicios en la meta de salud para todos.

INVESTIGACION EN APOYO A PROCESOS EDUCATIVOS: GRUPO DE TRABAJO SOBRE MONITOREO Y SEGUIMIENTO DEL APRENDIZAJE

En números anteriores de esta Revista se ha indicado el curso de acción seguido para desarrollar una línea de trabajo específico de investigación, cual es la de su aplicación en el campo de procesos educacionales. Los relatos e informes de grupos de trabajo han sido ya difundidos en números anteriores y en publicaciones de la Serie Desarrollo de Recursos Humanos. En uno de esos vehículos informativos se indicaron las líneas prioritarias de investigación en el área educacional decididas por un Grupo de Consulta; una de ellas es el área de monitoreo y seguimiento de los procesos educacionales. Con el fin de profundizar en el estudio de modalidades y alternativas de trabajo, así como de preparar una serie de proyectos nacionales sobre este campo específico, se llevó a cabo la reunión de un nuevo Grupo de Trabajo en la Ciudad de Guatemala, en la segunda semana de julio pasado. La discusión de las experiencias en curso en cinco países de la Región permitió identificar aspectos comunes y también las diferencias entre las distintas concepciones al respecto.

En base a esos resultados se procede actualmente a una revisión de la concepción teórica inicial que fue objeto de publicación en el Fascículo V de la Serie Educación Permanente de Personal de Salud, el cual está siendo mejorado de conformidad con los aportes de este Grupo de Trabajo.

ENCUENTRO DE ESCUELAS Y PROGRAMAS DE EDUCACION EN SALUD PUBLICA DE CENTROAMERICA Y REPUBLICA DOMINICANA

Del 16 al 18 de abril de 1991, el Departamento de Salud Pública de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) y PASCAP propiciaron la reunión de un Grupo de Trabajo para el fortalecimiento del liderazgo en las Escuelas de Salud Pública en Centroamérica y República Dominicana. La reunión tuvo como propósito revisar las experiencias realizadas por los diferentes programas de educación en salud pública que se ejecutan en Centroamérica y definir lineamientos generales para el desarrollo de planes de trabajo a nivel nacional y subregional; participaron los responsables de siete programas de posgrado de Honduras, Nicaragua, Costa Rica, Panamá y República Dominicana, así como funcionarios del Programa Regional de Recursos Humanos de la OPS, de PASCAP y de INCAP.

Entre los aspectos tratados se destacó la identificación de potencialidades y limitaciones de los programas de la subregión, la incorporación de enfoques actualizados de epidemiología, administración, economía y planificación estratégica, la implementación de alternativas educacionales más ligadas a la realidad de los servicios de salud y el desarrollo de la estrategia de integración docente-asistencial como componente básico.

Como resultado de las deliberaciones, el grupo decidió en forma unánime dirigirse a los Ministros de Salud de todos los países de la subregión a través de una "Carta de San Pedro de Macoris", para adherirse a los principios fundamentales acordados por los Presidentes de Centroamérica en la reciente reunión de Montelimar, Nicaragua, en la que se reconoció la salud como elemento primordial del desarrollo y como factor esencial de los procesos de cambio a que aspiran los pueblos y Gobiernos.

GRUPO DE TRABAJO SOBRE EDUCACION PERMANENTE EN PROGRAMAS ESPECIFICOS

Como parte del proceso de profundización conceptual y metodológica de la propuesta de reorientación de la Educación Permanente del Personal de Salud, se llevó a cabo un Grupo de Consulta convocado por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, en Washington, del 10 al 15 de junio pasado. Además de funcionarios del Programa mencionado, se contó con la participación de personeros de los programas regionales de Desarrollo de Servicios de Salud, de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias, de Salud Ambiental, de Atención Maternoinfantil y de Enfermedades Transmisibles; igualmente contribuyeron al Grupo funcionarios de dirección del Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico de Cuba, del Núcleo de Tecnología Educativa para la Salud de Rio de

Janeiro, Brasil, y del Dpto. de Enfermería de la Universidad del Valle en Cali, Colombia.

Se avanzó en el desarrollo de la propuesta a través de discusiones sobre mecanismos de articulación y compatibilización de problemas del trabajo, contenidos y metodologías en los programas prioritarios de salud mencionados; en el desarrollo de mecánica para incorporar las Universidades al proceso de Educación Permanente, y finalmente, en relación con los pasos siguientes en la conformación de una Red Regional de Investigación en el área educacional que apoye el desarrollo de procesos educativos permanentes. Se produjo además una serie de orientaciones y directrices para la preparación de instrumentos y materiales de trabajo educacional en los servicios de salud, sobre todo en el nivel local.

RECONOCIMIENTO A FUNCIONARIOS DEL PROGRAMA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

Dos funcionarios del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización han sido honrados recientemente por instituciones universitarias latinoamericanas, como reconocimiento al trabajo de muchos años en beneficio de la formación de profesionales en salud. Son ellos:

Dra. María Isabel Rodríguez, ex-Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador, ex-Representante de la Organización en la República Dominicana, e infatigable luchadora en el campo de recursos humanos para la salud en Latinoamérica. Por resolución 191/91 del Rector del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba, le fue otorgada la Categoría Especial de Profesora Invitada de dicha institución, en un Acto Especial realizado durante la recién pasada Conferencia Integrada de la UDUAL sobre "La Universidad y la Salud de la Población".

Dr. Carlos Vidal Layseca, ex-Ministro de Salud del Perú, ex-Representante de la Organización en la Argentina. Fue designado Profesor Honorario de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, en reconocimiento a su labor de muchos años en beneficio de la educación en salud de América Latina, y especialmente del apoyo brindado a la Universidad de Buenos Aires durante su gestión como Representante de País.

El Programa Regional se hace eco de las voces de reconocimiento elevadas por beneméritas instituciones de Cuba y Argentina, y hace pública su íntima satisfacción por la distinción recaída en dos de nuestros más distinguidos compañeros.

INVESTIGACION EDUCACIONAL EN CIENCIAS DE LA SALUD EN MEXICO

Bajo la responsabilidad organizativa de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México, se llevó a cabo en enero de 1990 un Seminario Interinstitucional de Investigación Educativa en Ciencias de la Salud, que reunió a funcionarios de varias Universidades mexicanas, de la Dirección de Enseñanza de la Secretaría de Salud, del Instituto Mexicano de Seguridad Social y del Instituto Nacional de la Salud. Se presentaron y discutieron 74 trabajos de investigación en el área educativa. El Seminario es el quinto de una serie de eventos anuales sobre el tema; los cinco seminarios han tenido como propósito promover "el estudio organizado y sistemático de la problemática que afecta el proceso enseñanza-aprendizaje, así como la búsqueda de innovaciones que contribuyan al mejor desarrollo de la formación de profesionales de salud".

Se ha publicado un tomo de Memorias que recoge la experiencia vivida por los participantes, el cual está siendo ampliamente difundido en el país y la Región.

CENTRO DE CAPACITACION IZABEL DOS SANTOS EN BRASIL

La Secretaría de Salud del Estado de Rio de Janeiro ha emitido una resolución otorgando el nombre de la Lic. Izabel Dos Santos a un centro de capacitación recientemente creado, y destinado a la formación de personal auxiliar y técnico intermedio. El acuerdo en mención constituye un reconocimiento a una larga y productiva trayectoria de trabajo de esta distinguida profesional brasileña, que ha comprometido su pensamiento y su esfuerzo en el estudio y el enfrentamiento a los problemas y cuestiones de la formación de personal de salud para apoyar las estrategias sanitarias de Brasil, durante tres décadas.

El Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS y esta Revista se hacen eco del reconocimiento extendido a nuestra compañera de trabajo y formula votos por el éxito de las funciones encomendadas a dicho centro de capacitación.

CONFERENCIA INTEGRADA SOBRE LA UNIVERSIDAD Y LA SALUD DE LA POBLACION, EN LA HABANA, CUBA

Del 3 al 7 de junio pasado tuvo lugar en el Palacio de las Convenciones en La Habana, el evento del epígrafe, convocada por la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL) y el Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; fueron copatrocinadores de la reunión

las asociaciones latinoamericanas de Escuelas de Medicina, Escuelas y Departamentos de Odontología, Escuelas y Facultades de Enfermería, Escuelas de Salud Pública, y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, el Ministerio de Salud Pública de Cuba, la Universidad de La Habana, la Sociedad Cubana de Administración de Salud y la Organización Panamericana de la Salud. El evento contó con la participación de más de 700 educadores, de los cuales 429 provenían de distintos países de América Latina, el Caribe y España.

El tema central "La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población" se desarrolló a través de 3 subtemas:

- El papel de la universidad en la elevación del nivel de salud.
- La universidad y la práctica de salud.
- Contribución de la universidad a la atención primaria y al desarrollo de los sistemas locales de salud.

El contexto en que se desarrolló la reunión se reflejó en el discurso de apertura del Ministro de Salud Pública de Cuba, Dr. Julio Teja Pérez, cuando expresaba que "esta primera experiencia de que las diferentes asociaciones de las ciencias de la salud de la UDUAL se reúnan para analizar en conjunto y con un temario único programas de acción para mejorar la salud de la población, marca un hito en la creación de las bases para la integración latinoamericana en el campo de la educación en ciencias de la salud."

La conferencia analizó el contexto económico y sociopolítico en que desarrollan sus labores las universidades de América Latina, caracterizado por la deuda externa y la injusta distribución de la riqueza, el estancamiento y atonía de la economía con utilidad en los mercados de exportación e incremento de la inflación, que han condicionado un continuo deterioro económico y la depresión del poder adquisitivo de amplios grupos poblacionales, así como la disminución progresiva del presupuesto de gastos sociales que desfinancian los servicios de salud y educacionales e incrementan el desempleo, el subempleo y el costo de la vida. Se señaló que la gran mayoría de las universidades de América Latina han estado sujetas a los efectos de esta crisis, lo que ha traído consigo el atraso en el desarrollo científico-técnico, la disminución de las investigaciones, la reducción del salario profesoral y de sus posibilidades de superación académica, y el inadecuado reequipamiento técnico. Cuando esto ha ocurrido en el marco de problemas estructurales y de inercia, la universidad latinoamericana en la década del 90 se encuentra en situación precaria para poder cumplir sus compromisos y su papel con la salud de la población. Se reconoció que la situación de Cuba en salud y educación no está englobada en el contexto de esta crisis.

Se señaló además que la universidad debe interiorizar el proceso salud-enfermedad como un proceso social; que la salud colectiva debe primar sobre la individual; que se debe poner énfasis en la atención integral a los problemas y que el proceso docente debe basarse en la búsqueda de respuesta a procesos reales que se constituyen en objetivos de la investigación y la transformación. El escenario natural del proceso de enseñanza-aprendizaje deben ser los servicios de salud y la labor que se realiza en ellos debe constituirse en el eje central del proceso educativo.

Las conclusiones de la conferencia fueron sintetizadas por el Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director de la Organización Panamericana de la Salud; actualmente se prepara una publicación que contiene el informe final y los documentos e intervenciones relevantes del encuentro.

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

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

La Oficina Sanitaria Panamericana —denominada hasta 1923 Oficina Sanitaria Internacional— se originó a raíz de una resolución adoptada por la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos (México, enero de 1902) en la que se recomendaba celebrar “una convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las repúblicas americanas”. Dicha convención (Washington, DC, 2–4 de diciembre de 1902) estableció la Oficina con carácter permanente. El Código Sanitario Panamericano (La Habana, 1924), ratificado por los gobiernos de las 21 repúblicas americanas, asignó 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 (Buenos Aires, 1947). Durante la XV Conferencia Sanitaria Panamericana (San Juan, Puerto Rico, 1958) se decidió cambiar el nombre de Organización Sanitaria Panamericana por el de Organización Panamericana de la Salud. La Oficina, en cambio, permaneció con el mismo nombre.

En virtud de lo acordado en 1949 entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Oficina Sanitaria Panamericana desempeña las funciones de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. La Organización Panamericana de la Salud funge también como organismo especializado interamericano en la esfera de la salud pública y goza de la más amplia autonomía para cumplir con sus objetivos.

Los propósitos fundamentales de la Organización Panamericana de la Salud son promover las acciones y coordinar los esfuerzos de los países del continente tendientes a combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes. Con el fin de lograr estos propósitos, la OPS colabora con los Gobiernos Miembros en el desarrollo y perfeccionamiento de los servicios nacionales y locales de salud pública, fomenta la investigación y el desarrollo de tecnologías, facilita los servicios de consultores, concede becas, organiza seminarios y cursos de capacitación, coordina las actividades que llevan a cabo los países en relación con problemas comunes de salud pública, recopila y distribuye información epidemiológica y datos de estadísticas de salud y desempeña diversas funciones afines. A través de sus publicaciones, la OPS disemina información científica y técnica de carácter internacional.

Gobiernos Miembros: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Grenada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela. **Gobiernos Participantes:** Francia, Reino de los Países Bajos, Reino Unido.

Cuerpos Directivos: Conferencia Sanitaria Panamericana (reunión cuatrienal), Consejo Directivo (reunión anual), Comité Ejecutivo (dos reuniones ordinarias al año).

Oficina Sanitaria Panamericana: Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director; Dr. Robert F. Knouss, Director Adjunto; Dr. George A. O. Alleyne, Subdirector.

CUBA: INTERRELACION HOSPITAL-MEDICO
DE LA FAMILIA EN LA APS • COLETA DE
DADOS PARA PESQUISAS EM ENFERMAGEM
NO BRASIL • MEXICO: RECURSOS HUMANOS
EN ECONOMIA DE SALUD • GUATEMALA:
PARTICIPACION DE LA FACULTAD DE
MEDICINA EN PROYECTOS DE SALUD •
BOLIVIA: ANALISIS DE LA UTILIZACION
DE LOS EGRESADOS DE MAESTRIA EN SALUD
PUBLICA • INCAP: TECNICAS DE EDUCACION
A DISTANCIA • COLOMBIA: CAMBIOS EN LAS
ACTITUDES DE PERSONAS VIEJAS •
RESEÑA • NOTICIAS •

