

Educación Médica y Salud

Número Especial: XXV ANIVERSARIO

**RECURSOS HUMANOS EN SALUD:
LA PERSPECTIVA LATINOAMERICANA**

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

E DUCACION MEDICA Y 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

Ultimos números publicados:

Vol. 25, No. 2: Experiencias en desarrollo de recursos humanos en la Región de las Américas

Vol. 25, No. 3: Recursos Humanos: Nuevos campos de trabajo

Próximo número:

Vol. 26, No. 1: Ciencias sociales y formación de recursos humanos

Educación Médica y Salud

Volumen 25, No. 4
Octubre/diciembre 1991

355 **PRESENTACION**

357 **VEINTICINCO AÑOS DE EDUCACION MEDICA Y SALUD**

ARTICULOS

360 **El personal de salud y los principios que sustentan la meta de salud para todos en el año 2000.** *Alfredo Jadresic*

370 **Perspectivas de la formación de enfermeras en el contexto de la meta de salud para todos en el año 2000.** *Gilma Camacho de Ospino*

378 **Perspectivas de la formación de odontólogos en el contexto de la meta de salud para todos en el año 2000.** *José Benjamín López Guillén*

387 **La educación en ciencias de la salud en Cuba.** *José B. Jardines Méndez, José Oubiña Rodríguez y Ramón Aneiros-Riba*

410 **Perspectivas de la profesión de enfermería en el contexto de la meta de salud para todos en el año 2000. Prospectiva de la enfermería en México.** *María Elena Valdez de Reyes y María Alberta García Jiménez*

432 **La educación médica y la salud para todos.** *Leonardo Montilva Najul*

RESEÑA

449 **Pasado, presente y futuro de Educación Médica y Salud.**

457 **NOTICIAS**

460 **INDICE DEL VOLUMEN 25 (1991)**

⊗ Impreso en papel reciclado a partir del Vol. 25, No. 1, 1991.

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.

P RESENTACION

Los últimos 25 años han sido testigos de cambios fundamentales en los escenarios políticos, sociales y económicos en el mundo, así como en los modos de abordar y enfrentar los problemas que surgen a cada paso y en las ideas y el pensamiento que dan origen a dichas modalidades de acción. En América Latina y el Caribe se destaca además, en forma coincidente y simultánea, una profunda crisis que si bien es predominantemente económica en su origen y manifestaciones sobresalientes, también tiene efectos y significado para la vida social y política de los países.

Los sectores sociales (educación y salud principalmente) no han escapado a los efectos adversos de la crisis ni a las consecuencias de los cambios políticos ocurridos; por el contrario, las consecuencias a corto y mediano plazo que se avizoran como resultado de las medidas acordadas para enfrentarla, afectarán sin duda a varias de las decisiones y acciones previstas.

Los que en alguna medida se han incorporado al trabajo en salud en la Región de las Américas saben que uno de los puntos críticos para el pensamiento y la acción en ese sector es el que corresponde al desarrollo de la fuerza de trabajo, a los recursos humanos que la componen; saben también que las cuestiones que afectan el desarrollo de la salud, favorable o desfavorablemente, necesariamente tienen importancia para el desarrollo de dichos recursos. Comprenden, en suma, que hay necesidad de nuevas ideas, de formas diferentes de construir procesos, de viabilizar opciones, de identificar alternativas de acción.

Educación Médica y Salud ha reflejado, a lo largo de un cuarto de siglo, las incidencias ocurridas en el campo de la planificación, la formación, la gestión del personal; sus páginas han sido tribuna para debatir ideas y planteamientos, para divulgar la experiencia de los países de la Región, para sistematizar las contribuciones y para construir espacios de trabajo en recursos humanos. La Organización ha utilizado este vehículo para provocar la respuesta a las iniciativas e igualmente ha brindado sus páginas a los trabajadores de salud de las Américas que desean compartir los resultados de sus acciones; *Educación Médica y Salud* ha sido un eficaz instrumento para administrar el conocimiento en salud y en desarrollo de recursos humanos y una herramienta de trabajo para la cooperación técnica que se entrega a los países; en ese sentido, el balance del primer cuarto de siglo de la publicación creemos que es positivo.

El momento actual demanda que la Revista, más que nunca, acompañe los espacios de reflexión, se incorpore al debate y a la producción de conocimiento nuevo, y siga siendo el foro permanente de análisis y examen de las situaciones que emergen en el camino. Solo así *Educación Médica y Salud* podrá mantener su vigencia entre los trabajadores de salud y las instituciones de formación de personal.

Congruente con esa posición, este *Número Especial* con que celebramos el XXV Aniversario de su aparición, se ha dedicado a divulgar el pensamiento de los funcionarios de los países latinoamericanos que tienen responsabilidad en el proceso de toma de decisión en los distintos aspectos del desarrollo de recursos humanos en salud. Las páginas de este *Número Especial* dan cabida a las reflexiones y opiniones de Rectores de Universidades, Directores de Escuelas, de Viceministros de Docencia y Jefes de Oficinas de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud, de dirigentes gremiales y ejecutivos de asociaciones universitarias, en un intento de presentar, en forma consolidada, una plataforma de acción ante las nuevas situaciones y las nuevas demandas. Estamos seguros de que con ello, *Educación Médica y Salud* está contribuyendo a la construcción colectiva de un marco de trabajo más coherente con la situación actual, y con mayor posibilidad de impacto en el enfrentamiento de los asuntos que nos competen en este campo.

Hago propicia esta ocasión para agradecer a todos los colaboradores de la Revista, tanto en el seno de la Organización como, principalmente, en los países de la Región, por el esfuerzo conjunto que ha permitido que nuestra publicación haya alcanzado este vigésimoquinto aniversario de aparición ininterrumpida.

Carlyle Guerra de Macedo
Director

V EINTICINCO AÑOS DE EDUCACION MEDICA Y SALUD

Veinticinco años en la vida de una persona equivalen a la tercera parte de la estadía promedio en este planeta, si dicha persona pertenece al primer mundo; y casi al 50% de su existencia, si pertenece al ahora cuarto mundo.

De igual forma, a los 25 años la gran mayoría de los que viven en un país desarrollado, han asistido a las universidades; pero en el cuarto mundo, a esa edad la mayoría son trabajadores "sin educación formal"; en esa condición se insertan en el aparato trabajador del país, y por esa misma condición se ven más expuestos a los vaivenes de los "ajustes" y las "reestructuraciones" que a menudo ocurren.

El lector se preguntará qué tiene que ver lo anterior con el aniversario de *Educación Médica y Salud*. Mucho. Una revista como esta, que se produce en el primer mundo (con todas sus posibilidades tecnológicas), pero se construye con aportes de los cuartomundistas, realmente es un caso único en la historia de la literatura universal. Donde se produce nadie la lee y en el cuarto mundo, además de los autores, la leen muy pocos oficialmente, dado el tiraje reducido que estas publicaciones usualmente tienen; el problema de los costos de producción y distribución es cada vez mayor, y la mayor parte de los números se distribuyen gratuitamente, a tono con los propósitos fundamentales de nuestra Organización. La divulgación se incrementa gracias a la iniciativa de los lectores del cuarto mundo, que reproducen los contenidos; así, la Revista pasa de mano en mano, pero siempre es insuficiente. La Organización deberá encontrar forma de quintuplicar el tiraje, aun a expensas de la calidad del papel y de la presentación. El propósito es llegar a los numerosos lectores cuartomundistas, ávidos de leer, de enterarse, de aprender y de aprehender.

La Revista ha pasado por varios períodos, cada uno de ellos con un sello que refleja el pensamiento de cada época acerca del desarrollo de los recursos humanos. El período de 1975-1982, por ejemplo, se caracterizó porque no solo se hacía conocer el pensamiento en educación médica, sino que en ese momento, la Revista era un verdadero transmisor de ideas nuevas, de cuestionamientos ideológicos, de "clarinadas" de Juan César García sobre la verdadera realidad, sobre el futuro tramposo hoy presente. La enjundia científica de las nuevas propuestas educacionales y sociales de

muchos autores latinoamericanos y de nuestros compañeros, Miguel Márquez, José Romero Teruel, Jorge Andrade, María Isabel Rodríguez, Carlos Vidal, Jorge Haddad, y otros, que ponían al alcance de los profesores y estudiantes que poblaban los claustros universitarios, ideas que hoy aparecen como novedades, pero ahora asépticas o carentes de ideología.

A través de esos períodos, la Revista ha reflejado el sentir de los trabajadores de salud que en ella han escrito con un alto grado de compromiso político. Compromiso con un Continente y sus gentes, con sus líderes. Ello causaba inquietud en no pocos de los dirigentes de distintos niveles, incluso de alto poder político y administrativo, para quienes era motivo de preocupación que se escribiera sobre medicina social, que se criticara el excesivo componente biologista de la educación médica, que se señalara que el primer requisito para aprender es estar concientizado acerca de la futura aplicabilidad de su conocimiento en provecho de su pueblo, que se afirmara que la imitación y la dependencia cultural es la peor de las dependencias.

En algunas épocas, no pocos números de la Revista merecieron la crítica de distintos sectores: algunos señalaban una excesiva inclinación marxista, otros indicaban que los trabajos publicados eran funcionalistas o neopositivistas. La Revista continuó su camino a pesar de esas dificultades.

En períodos sucesivos la Revista ha procurado incrementar su difusión manteniendo su calidad e introduciendo nuevos formatos y estilos; las circunstancias cambiantes del contexto social y político, y la aparición de nuevas generaciones tanto en los países como en la Organización que se preocupan de las cuestiones que atañen al desarrollo de recursos humanos, aunadas a la experiencia acumulada, producen el replanteamiento y la reexplicitación periódica del compromiso del Programa y de la Revista.

Así, los últimos cinco años han visto germinar, y la Revista así lo ha expuesto, las nuevas corrientes de pensamiento acerca del desarrollo de los recursos humanos para la salud. Dos orientaciones fundamentales son las que actualmente el Programa propone. La primera, abrir espacio para que en el seno de la propia Organización se desarrolle un análisis situacional del área de recursos humanos y se profundice el pensamiento estratégico aplicado a su planeación y formación, en el contexto de las necesidades e intereses de todos los programas de cooperación técnica. Se propicia en este aspecto que tal enfoque sea aplicado a nivel de los propios países involucrando a las distintas instituciones que forman y utilizan personal de salud.

La segunda, generar un proceso de análisis que se pueda extender a toda la Región y que pueda llevar a una profunda y amplia reorientación de la teoría y práctica de la salud con obvias consecuencias para la formación y utilización del personal de salud pública.

A partir de estos dos principios se deberán redimensionar acciones específicas en el campo de la *investigación* (funciones de producción

y sociología de las profesiones), en el *desarrollo conceptual* (integración de lo biológico y lo social, salud internacional como objeto de estudio y de práctica), y en el campo de la *educación* destacándose el desarrollo de la educación permanente, la investigación educacional que la apoya, y la reorientación del desarrollo institucional de las facultades y escuelas profesionales.

Por eso, con nuevos enfoques, nuevos principios y nuevas formas de cooperación técnica en el desarrollo de los recursos humanos en salud, quisiéramos empezar otros 25 años compartiendo no solamente conocimientos, sino retornando a ser el lugar propicio para la crítica y la auto-crítica; las páginas de *Educación Médica y Salud* deberían volver a defender los espacios universitarios en especial y los educacionales en general de las embestidas de nuevo cuño; deberían asimismo acoger las protestas por las pobres e inadecuadas condiciones de trabajo del personal de salud, analizar la situación de los bajos salarios, la ingerencia de las llamadas organizaciones de mantenimiento de la atención médica, que actúan a veces como nuevas explotadoras de la fuerza de trabajo en salud; la Revista puede propugnar porque se reconceptualice la salud pública, proponiendo nuevos caminos de acción; puede y debe abrir sus páginas a la realidad de las condiciones de salud y de vida de la mayoría de los países de la Región; debe enfrentar con firmeza técnica e ideológica a aquellos que quieren terminar con la educación gratuita y con la investigación que no produzca rentabilidad. Todo con altura, con calidad, con base en investigaciones que permitan dar un carácter científico a las propuestas. En fin, quisiéramos que *Educación Médica y Salud* en sus próximos 25 años, sea la tribuna y no el púlpito, sea la expresión de la realidad concreta y no solamente el vehículo para divulgar las ideas y experiencias de un número relativamente reducido de autores.

Finalmente, como se señalaba al principio, *Educación Médica y Salud* puede ser muy parecida a una persona común y corriente del primer mundo; muy profesional, hermosa, bienhecha, pero alejada de su prójimo, de su realidad, individualista y ahistórica. Nuestro Programa quiere todo lo contrario. Ayúdenos con sus aportes, contribuciones y sugerencias a lograrlo.

Dr. José Roberto Ferreira
Coordinador del Programa de
Desarrollo de Recursos Humanos OPS/OMS

EL PERSONAL DE SALUD Y LOS PRINCIPIOS QUE SUSTENTAN LA META DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

*Alfredo Jadresic*¹

En el presente trabajo se destacan algunos puntos fundamentales de los principios, objetivos y estrategias planteados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para alcanzar la Salud para todos en el año 2000. Se señala la obligación de los gobiernos de asignar la provisión de recursos para el plan nacional de salud y se analizan algunos mecanismos y procedimientos a través de los cuales los servicios de salud y las universidades pueden colaborar para la consecución de ese fin.

En la Declaración de Alma-Ata, la OMS reitera que "la salud es un derecho humano fundamental", postulado que establece la responsabilidad ineludible del Estado de asegurar este derecho de la población. En el objetivo *Salud para todos en el año 2000*, señala que la atención primaria es la clave para alcanzar esa meta e interpreta el lema como el propósito de "alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud".

La atención primaria "se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver los problemas".

La Organización Mundial de la Salud propicia llevar "lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas" y en la atención primaria fomenta "en grado máximo la autoresponsabilidad y la participación de la comunidad".

Estos principios definen la orientación que debe darse a los sistemas locales de salud, la organización y función de los equipos de salud y la formación y capacitación del personal, así como su interacción con la comunidad.

¹ Profesor Titular de Medicina de la Universidad de Chile; Fellow of the Royal College of Physicians, Londres; Jefe del Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, Chile.

La política de recursos humanos de los gobiernos debe estar orientada a satisfacer, en cantidad y calidad, los requerimientos de personal para el mantenimiento y desarrollo de la salud del país, como uno de los componentes fundamentales para la realización de la política social del Estado, en coordinación con otros sectores.

“El sector de salud por sí solo no puede alcanzar la meta de un grado aceptable de salud para todos en el año 2000. Requiere el apoyo y los esfuerzos coordinados de otros sectores del desarrollo social y económico, los que a su vez dependen del estado sanitario, por tanto comprenden al desarrollo general de un país”. En consecuencia, es responsabilidad de los gobiernos promover la salud integral de la población.

Dentro de estos principios y dadas las condiciones actuales de los países en desarrollo, parece conveniente un sistema mixto de salud, estatal y privado, descentralizado y participativo, que sea eficiente y flexible, adecuado a las diversas características regionales y geográficas y que proporcione una cobertura suficiente en los aspectos preventivos, curativos, de recuperación y rehabilitación.

LA DOTACION DE LOS SERVICIOS

En el estudio de los requerimientos de recursos humanos, es recomendable superar el análisis de la relación de estamento por habitantes y realizar la investigación de las necesidades de personal de los equipos de salud, asistenciales y administrativos, en relación con el plan de salud.

En el estudio de los recursos humanos habrá que considerar múltiples factores: la redefinición de las funciones de los integrantes del equipo de salud; una clara descripción de los cargos, tanto en el trabajo hospitalario como en el trabajo comunitario; el diagnóstico de las condiciones de salud de las poblaciones; los programas a desarrollar; el análisis de las características regionales como ruralidad, aislamiento, etc.

La evaluación final de los recursos humanos y de su adecuada capacitación se hará en base a la calidad de la salud alcanzada por la población, la eficiencia y la eficacia del sistema y el grado de satisfacción del personal y de los usuarios.

Es conveniente introducir una metodología de estudio de los recursos humanos de aplicación nacional, que sirva para la evaluación permanente del funcionamiento de los equipos de salud y de sus necesidades cambiantes. La capacitación de los funcionarios de los departamentos de recursos humanos de los servicios de salud en una misma metodología permitirá asegurar la descentralización eficiente de esta gestión, su adecuada aplicación a las condiciones locales y regionales y eventualmente la justa distribución de los recursos disponibles en el país.

La capacitación de los funcionarios en esta materia podrá alcan-

zarse de manera ventajosa a través de talleres de adiestramiento metodológico, replicados con participación multiprofesional y multidisciplinaria.

LA FORMACION DE PROFESIONALES DE LA SALUD

La planificación estratégica de los recursos humanos para la salud se realizará en íntima colaboración con las facultades de medicina para ajustar la producción de profesionales y técnicos, en calidad y cantidad, a las necesidades del sector salud.

Esta colaboración beneficiará tanto el diseño de los currículos de pregrado de las carreras de la salud por parte de las universidades como la formación y el perfeccionamiento de posgrado de los profesionales del sistema.

Los objetivos generales de la educación serán formar profesionales con un profundo sentido de solidaridad humana y responsabilidad social, con una buena formación científica y técnica, preparados para el trabajo en equipo, con capacidad e iniciativa para enfrentar los problemas de salud de la comunidad y con una actitud reflexiva y crítica frente a su propio quehacer.

La incorporación a los currículos de las ciencias psicosociales y el énfasis en la formación ética contribuirán a destacar el aspecto humanista de las carreras de la salud, frente al gran desarrollo tecnológico alcanzado en las diversas profesiones, y favorecerán el enfoque antropológico y multisectorial en salud.

En medicina y en otras carreras es deseable intentar la integración básico-clínica, organizando el currículo por sistemas en lugar de asignaturas separadas. Parece suficientemente probado que se retiene mejor el conocimiento integrado de una manera lógica en relación con estructura y función, diagnóstico y tratamiento, que los conocimientos fragmentarios agregados de diversas disciplinas. Para favorecer el uso adecuado de los conocimientos adquiridos, aparece ventajosa la educación basada en la solución de problemas. El énfasis formativo se desplaza de este modo de la adquisición de conocimientos y tecnología hacia la habilidad de pensar; se cultiva también el hábito de aprendizaje individual, independiente, tan necesario para asegurar la educación continua de posgrado de los profesionales.

Deben introducirse innovaciones curriculares importantes de acuerdo con los cambios en las patologías prevalentes. En la mayoría de los países disminuyen las enfermedades epidémicas y emergen las condiciones crónicas incapacitantes, que requieren más cuidado que tratamiento. Esta situación va determinando cambios en las funciones del médico tradicional, muchas de las cuales pueden ser delegadas en otros profesionales. En concordancia con la realidad es preciso capacitar al médico para el

trabajo en grupo y la interacción con la población; en el desarrollo de los programas de salud; en el análisis de los costos de los servicios médicos y en las responsabilidades de administración y gestión.

Es de destacar, asimismo, la importancia de aumentar la participación de los médicos generales y de otros profesionales de la salud en la formación de pregrado. El hospital provee cada vez menos el lugar adecuado para el aprendizaje debido a la alta especialización de los centros hospitalarios y a la concentración en ellos de tecnologías médicas muy sofisticadas. Las hospitalizaciones son breves, los pacientes complicados y la patología poco común.

Debe favorecerse la enseñanza en los consultorios generales y en la comunidad, donde el énfasis ha de colocarse en la atención primaria de la salud, que incluye el enfoque preventivo de la enfermedad, la consideración de las condiciones de vida, trabajo y ambiente, las tradiciones familiares y sociales, el nivel de educación y la realidad económica, tanto como los aspectos puramente médicos.

Los programas de formación compartidos por estudiantes de diversas carreras de la salud como enfermería, obstetricia, nutrición, odontología, medicina, psicología, asistencia social, etc. y vinculados a la práctica de los servicios de salud, facilitan la formación para el trabajo en equipo y un conocimiento integral de los problemas de la salud de la población.

LA FORMACION DE POSGRADO

En la planificación de recursos humanos para la salud es preciso considerar tanto la formación de especialistas como de profesionales para la atención primaria.

Es previsible que, en el futuro, la mayor parte de los países no requerirán más de un tercio de los profesionales en el área de las especialidades; la inmensa mayoría deberá estar orientada a cubrir las necesidades de la atención primaria de salud. Es, por tanto, indispensable crear incentivos adecuados y condiciones de trabajo satisfactorias que hagan atractiva la atención primaria como un campo permanente de actividad.

En este sentido, debe intentarse presentar claramente ambas alternativas a los estudiantes de las carreras de la salud durante el pregrado, con la finalidad de lograr en lo posible una opción vocacional.

En los estudios y prácticas de posgrado, para alcanzar la especialización, los planes y programas acentuarán la formación científica y el adiestramiento en las tecnologías correspondientes. Será de gran exigencia la realización de trabajos de investigación científica y clínica y se estimulará la obtención de calificaciones superiores en el área científica. Estos profesionales asumirán la responsabilidad de mantener al país al día en el

avance de la medicina en sus campos respectivos y de contribuir al progreso de las ciencias de la salud.

La vocación humanística esencial de todo profesional y trabajador de la salud debe alcanzar plena realización en el área de la atención primaria. La formación y el perfeccionamiento de posgrado para la atención primaria comprenderá estudios más profundos en las ciencias psicosociales, en el enfoque antropológico e integral de la salud en la comunidad y en el conocimiento y manejo de la epidemiología prevalente.

LA EDUCACION CONTINUA

Las autoridades de salud del país deben garantizar el acceso de todos los funcionarios del sector a la educación continua, a la capacitación y al perfeccionamiento profesional y funcionario.

La educación continua de posgrado debe ser apoyada mediante el sistema institucional en que les corresponde actuar a los profesionales de la salud y no puede ser considerada la responsabilidad exclusiva de estos. El sistema de salud de un país se beneficia al proveer las condiciones de perfeccionamiento de sus funcionarios, de tal modo que debe facilitar el tiempo para el estudio y financiar los gastos de concurrencia a cursos y seminarios en áreas calificadas de su propio desarrollo.

La capacitación funcionaria tendrá como objetivo principal mejorar el desempeño del recurso humano, considerando las necesidades de transformación de los servicios, los indicadores de la atención y las percepciones de los distintos actores interesados en el mejoramiento de la salud, incluyendo a los usuarios y la comunidad.

La capacitación y el perfeccionamiento de posgrado requieren el aporte mancomunado del sector asistencial y del sector docente, universitario o técnico, según corresponda, para coordinar los programas y prácticas que satisfagan las necesidades del sector salud. La base de la política de capacitación será la colaboración docente-asistencial.

El apoyo a la descentralización comprende la necesidad de aumentar la capacitación en gestión a todos los niveles directivos y funcionarios, asistenciales y administrativos. La capacitación técnico-administrativa deberá incluir tanto al personal profesional de la salud como al personal funcionario administrativo y de apoyo. Será también responsabilidad de los servicios de salud la ejecución de planes y programas de educación continua y perfeccionamiento del personal auxiliar.

Puede ser necesario el desarrollo de programas nacionales para mejorar las relaciones interpersonales y el trato al público a través de talleres en los servicios de salud, que contribuirán a aumentar el grado de satisfacción en el trabajo y la productividad de los equipos.

La educación continua de posgrado debe entenderse como el proceso de aprendizaje en el trabajo cotidiano a través de la comunicación con otros profesionales de mayor experiencia, de interconsultas expeditas y eficientes y de reuniones clínicas semanales, de discusión diagnóstica y terapéutica, tanto en los consultorios como en los hospitales.

Las reuniones en los servicios y consultorios han de favorecer también la comunicación interdisciplinaria e interprofesional y comprender el análisis de la gestión técnico-administrativa de la unidad de trabajo.

LOS CONSULTORIOS DE REFERENCIA

La educación continua en el trabajo, a través del contacto entre especialistas y profesionales de la atención primaria, se facilitará por la distribución estratégica en el territorio de consultorios de referencia a nivel de la atención médica de mediana complejidad, con o sin hospitales adosados. Los consultorios de referencia constituirán puntos de encuentro entre los médicos generales y los especialistas, que cumplirán jornadas parciales o turnos en estos establecimientos, para resolver las interconsultas de la atención primaria de manera expedita, determinando ya sea: a) devolver el paciente a la atención primaria con la indicación adecuada; b) mantener temporalmente el control del paciente en el nivel de mediana complejidad, o c) su seguimiento en el nivel de alta complejidad, donde estos especialistas desarrollan también jornadas parciales.

Los consultorios de referencia podrán tener una distribución geodemográfica de acuerdo con las características regionales y cubrir tres o cuatro consultorios de atención primaria.

LOS CENTROS DE EDUCACION DE POSGRADO EN SALUD

Desde el punto de vista de la estructura y la organización, la educación continua puede implementarse convenientemente mediante la creación de centros de educación de posgrado en salud en la planta física de los consultorios de referencia. Será preciso proyectar estos consultorios reservando espacio para auditorios, bibliotecas, sala de reuniones clínicas y secretaría y su implementación con equipos audiovisuales y de reproducción gráfica.

Se sugiere establecer un reglamento de funcionamiento de los centros de educación de posgrado en salud como dependencia de los departamentos de recursos humanos de los servicios de salud y a cargo de un profesional responsable de la capacitación. El financiamiento deberá permitir la realización de programas regulares de seminarios, talleres, conferencias, cursos y cursillos, así como estadas de perfeccionamiento y ca-

pacitación del personal, bajo la dirección de los departamentos clínicos correspondientes, dirigidas a satisfacer las necesidades detectadas en los servicios de salud. Todos los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en atención primaria de la región deberán tener acceso a estas facilidades.

Estos centros de educación de posgrado en salud para el personal constituirán un complemento importante del sistema de regionalización docente-asistencial.

LA REGIONALIZACION DOCENTE-ASISTENCIAL

Se entiende como regionalización docente-asistencial el apoyo académico y profesional que un centro universitario o asistencial de mayor nivel aporta a un centro menor o en desarrollo en una región determinada.

Se plantea en este sistema, en lo asistencial, la responsabilidad de atender en uno de los grandes hospitales docentes de la región o del país la interconsulta de una provincia determinada y, en lo docente, la responsabilidad del mismo hospital docente de la programación de posgrado para los profesionales de esa provincia. A su vez, el servicio de salud de la provincia asume la tarea de desarrollar planes y programas de perfeccionamiento para los centros menores de la provincia, como visitas semanales o periódicas de médicos de experiencia en rondas clínicas, reuniones de discusión diagnóstica y terapéutica, interconsulta, estadas breves en el hospital regional o en el hospital docente y otras actividades.

El sistema de regionalización docente asistencial puede incluir un plan de becas o comisiones de estudio de los profesionales de la provincia en el hospital docente regional de la provincia, lo que constituirá progresivamente, a través del tiempo, un importante mecanismo de vinculación humana, asistencial y docente que favorecerá las relaciones operativas.

LA CARRERA FUNCIONARIA

A fin de promover la excelencia institucional, la política en el sector salud estará dirigida a establecer una carrera funcionaria para todo el personal, basada en la capacitación progresiva y el perfeccionamiento funcionario, la iniciativa personal y la creatividad, en que predomine el reconocimiento a la eficiencia sobre la antigüedad en el cargo.

La carrera funcionaria deberá insertarse en la organización de los servicios con base en los sistemas locales de salud y tener por objeto optimizar los equipos de salud, para lograr la mayor eficacia posible en la atención otorgada, adaptándose permanentemente a las necesidades cambiantes de la comunidad.

Es deseable establecer una carrera funcionaria equivalente tanto para los especialistas, profesionales y técnicos, que se desempeñan en la atención secundaria y terciaria, como para el personal dedicado a la práctica de la atención primaria.

En ambas carreras debe asegurarse el proceso de educación continua, perfeccionamiento y capacitación, que permita tener acceso por concurso a cargos o funciones de responsabilidad progresiva. Debe instituirse asignaciones de antigüedad, responsabilidad, estímulo y mérito en todas las profesiones y áreas de la salud. Se propone que las asignaciones de mérito tengan carácter temporal, de acuerdo con evaluaciones periódicas, que sean otorgadas por comisiones ad hoc y consistan en adelantar en el tiempo el pago de la antigüedad siguiente.

En política de remuneraciones se propone introducir una gran flexibilidad que permita recompensar adecuadamente la eficiencia del trabajo funcionario, a través de un sistema de asignaciones sobre un sueldo base común para el personal de cada estamento, diferenciado por las asignaciones de títulos profesionales o técnicos.

En lo que respecta en particular a la atención primaria, deberán considerarse asignaciones especiales de ruralidad, aislamiento y zona y la participación del personal en la docencia.

Esto permitirá elevar el aprecio social por la práctica de la atención primaria y hacerla atractiva para los profesionales y el personal de la salud como un campo de actividad permanente, en el que podrán tener acceso a niveles jerárquicos superiores debidamente remunerados.

La participación de los profesionales de atención primaria en la docencia de pregrado de todas las carreras de la salud contribuirá a incentivar a los estudiantes hacia la práctica general, cambiando el modelo de sus docentes y profesores.

La capacitación y perfeccionamiento de posgrado en medicina general, a través de becas en medicina familiar y en las especialidades clínicas básicas orientadas a la práctica en la atención primaria, así como estadas de perfeccionamiento en otras áreas, deben constituir elementos significativos de la carrera funcionaria en atención primaria.

El personal, enfermeras, matronas, tecnólogos médicos, nutricionistas, asistentes sociales, kinesiólogos, educadores de párvulos, terapeutas ocupacionales, psicólogos y otros profesionales de la salud, enfrenta en casi todos los países en desarrollo condiciones insatisfactorias de empleo que afectan la disponibilidad de estos recursos en los sistemas nacionales de servicios de salud. Es evidente que el déficit de enfermeras y de otros profesionales del sector público en salud se agrava por el éxodo al sector privado, debido a las mejores remuneraciones y, a menudo, a las condiciones de trabajo más atractivas que allí se les ofrece. Las remuneraciones adecuadas, los programas de capacitación progresiva y de perfecciona-

miento, que sustentan una carrera funcionaria justa, constituirán sin duda incentivos para mantener estos recursos dentro del sistema.

LOS DEPARTAMENTOS DE RECURSOS HUMANOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La eficiencia institucional puede beneficiarse grandemente mediante la evaluación permanente de los requerimientos de personal, con amplia participación de todos los estamentos y ligada al proceso de auditoría.

Dada la íntima conexión del manejo de los recursos humanos con los planes y programas de salud y con el desarrollo de los servicios, se propone que el departamento de recursos humanos dependa directamente de la dirección del servicio correspondiente.

La política de recursos humanos debe comprender la política de capacitación y de bienestar integral de los funcionarios.

La complejidad de los servicios y la variedad del personal de salud hacen conveniente que los diversos países elaboren un estatuto especial para el personal de salud que dé respaldo legal a sus deberes y derechos y que asegure la existencia de una carrera funcionaria basada en la capacitación, el perfeccionamiento, la responsabilidad y el mérito.

VOLUNTARIOS PARA LA SALUD

La participación de la comunidad supone un público bien informado y motivado en las acciones que puede emprender para fomentar su propia salud. A este efecto, la organización de voluntarios para la salud contribuirá, como un recurso adicional, en la función educativa a nivel comunal. Asimismo, la coordinación con las organizaciones no gubernamentales, para obtener su apoyo a los planes y programas de salud, puede en algunos países constituir un valioso aporte.

RECONOCIMIENTO

El autor agradece a sus colaboradores en el Departamento de Recursos Humanos del Ministerio, Dr. Pedro Castillo, Dra. Adriana Ducos, Sr. Mario Hinostroza, Sras. Hilda Toro, Sabina Pineda, Carmen Sepúlveda, Luisa Pardo y Sr. Carlos Pozo, su generosa participación en múltiples trabajos de análisis y estudios que han contribuido a dar forma a los conceptos aquí expresados, así como a sus secretarías Mónica Bascolis y María Eugenia Torres por su incansable ayuda.

BIBLIOGRAFIA

- Abbatt, F. R. y Mejía, A. La formation continue des personnels de Santé. Manuel pour ateliers. Organisation Mondiale de la Santé. Genève, 1990.
- Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud. Alma-Ata. URSS (6-12 de septiembre de 1978). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978.
- Devlin, H. B. Audit and quality of clinical care. *Ann Roy Coll Surg of England* (Supplement) 72: 3-14, 1990.
- Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1981.
- Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000. Principios básicos y cuestiones esenciales. Documento del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1979.
- Hall, T. L. y Mejía, A. Planificación del personal de salud. Principios, métodos, problemas. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1979.
- Hornby, P., Ray, D. K., Shipp, P. J., y Hall, T. L. Guidelines for Health Manpower Planning. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1980.
- Jadresic, A. La reforma universitaria y la renovación de la enseñanza médica. *Rev Med Chile* 98: 113-123, 1970.
- Jadresic, A. Hacia una política de desarrollo de recursos humanos para la salud. *Rev Med Chile* 119: 589-599, 1991.
- Martin, J. B. Training Physician—Scientists for the 1990s. *Acad Med* 66: 123-129, 1991.
- Recursos humanos de salud en Chile. Un modelo de análisis. Ministerio de Salud. Santiago, Chile, 1970.

PERSPECTIVAS DE LA FORMACION DE ENFERMERAS EN EL CONTEXTO DE LA META DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

*Gilma Camacho de Ospino*¹

INTRODUCCION

La meta de salud para todos depende de una buena capacidad organizativa, dedicación y perseverancia. La enfermera, por su trayectoria y formación, posee estas cualidades que la hacen una profesional clave en el logro de esta meta.

El proceso de formación debe estimular otras cualidades como la participación activa en la formulación de políticas y planes de salud, optimizar la contribución de la enfermera para el mejoramiento de la salud de la población, y mediante el replanteamiento de los servicios de enfermería, ofrecer modelos alternativos de prestación de servicios, desarrollar investigaciones a partir de problemas identificados en el propio campo de trabajo así como procesos de autoevaluación institucional en las unidades formadoras. Con esto se busca un mayor desarrollo de su liderazgo y de su participación en la definición de políticas.

La meta de salud para todos en el año 2000 y la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) han conllevado a una nueva concepción de la educación en enfermería. La formación de este recurso no se puede circunscribir solo al proceso educativo sino que debe estar articulada al desarrollo social y económico del país; por lo tanto, se deben analizar aspectos de trascendental importancia como son la formación, producción, utilización y evaluación de dichos recursos, lo que significa tener más claridad en relación con los enfoques, número de profesionales requeridos, y sistemas de captación del sector laboral.

¹ Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Presidenta de ACOFAEN.

LA FORMACION DEL RECURSO HUMANO EN ENFERMERIA

La enfermería ha recibido los impactos de los cambios que se han venido gestando tanto en la estructura organizativa de los sistemas de salud, como en el de prestación de los servicios y ha tenido que modificar sus roles y funciones, para canalizar una adecuada planificación hacia el cambio.

Es reconocido por todos que la enfermería históricamente ha sido una fuerza importante en el progreso y la atención de salud de familias y comunidades; es por ello un elemento clave en el desarrollo de modelos y programas para lograr la meta de salud para todos. Lo anterior conlleva a hacer ajustes en los sistemas educativos y de prestación de servicios para poder lograr una práctica acorde con las necesidades del país. Luego es necesario que la enfermería asuma una posición realista frente a la meta prevista. La población (el pueblo) tiene el derecho y deber de participar individual y colectivamente en la planificación y ejecución de la atención en salud. Esta participación debe consistir tanto en el diagnóstico de sus necesidades, como en el planeamiento de alternativas para la solución, programación, ejecución y evaluación de los servicios permitiendo a la comunidad la definición de sus problemas, el señalamiento de prioridades y la ejecución de acciones en base a decisiones propias y concordantes con los propios recursos y culturas (1).

La generación de modelos innovadores para el abordaje de la atención de salud coloca a la profesión de enfermería en la disyuntiva de revisar sus patrones tradicionales y de formación de recursos, con el fin de hacer realidad el derecho de todos a la salud.

Los modelos innovadores apropiados significan la aplicación del conocimiento a la solución de los problemas que afectan a la comunidad sin que causen efectos negativos sobre la sociedad, la cultura, la economía y el medio ambiente donde se aplican. Vista así, la formación del recurso humano en enfermería debe llevar al estudiante a ser un ciudadano útil y responsable consigo mismo y con la sociedad, que le garantice el respeto a los valores del hombre, y de la sociedad.

Este proceso de formación guarda una relación directa con la filosofía, actitud y estrategia propia de la APS. La atención primaria de salud debe constituir el núcleo del sistema de salud del país y del proceso de formación, entendiendo a la salud como generadora de desarrollo socioeconómico (1).

También es indispensable tener claridad frente a los medios que se emplean para hacer realidad la atención primaria, es decir, estos deben ser soportables para la comunidad y el país, lo cual significa racionalizar recursos y apropiar tecnologías de acuerdo con las necesidades reales y el volumen de estas, enmarcadas dentro de la situación económica que se viva (1).

Lo anterior señala la necesidad incuestionable de formar un recurso en salud con capacidad de gestión para administrar y generar recursos en unión con el grupo o comunidad quienes constituyen los beneficiarios finales. El beneficiario mismo está llamado a aportar en la fase de planeación, gestión y fiscalía, así como en el control de los factores y las acciones que inciden sobre su propio proceso de salud-enfermedad.

La formación del recurso humano en enfermería debe orientarse en gran parte a la prevención primaria (fomento de la salud y prevención de la enfermedad), lo cual se centra en acciones sobre el comportamiento del individuo, la familia, las colectividades y el medio ambiente. Por otra parte, cabe anotar que la autogestión característica de la APS se refiere no solo a lo administrativo sino también al autocuidado de la salud, lo que incorpora elementos de comportamiento individual y colectivo de gran trascendencia (1).

La formación del recurso humano en enfermería debe propender al desarrollo de actitudes que conduzcan a iniciativas positivas a fin de que los individuos, las familias y las comunidades cambien sus comportamientos conservadores de una atención médico-curativa por una atención de salud preventiva.

Una prioridad en la formación del recurso, es la de llegar a una conceptualización, comprensión e identificación clara en las universidades sobre: comunidad, participación, interdisciplinaredad, investigación y la APS como elementos que contribuyen a la solución de las necesidades de la comunidad.

La conceptualización de los aspectos anteriores significa, por parte de la unidad formadora, cambios metodológicos, reflexión continua, contrastación de saberes y validación del saber popular.

FORMACION DE ENFERMERAS Y LAS POLITICAS DE SALUD

Un aspecto importante que debe ser observado es la situación desde el punto de vista político. Vale la pena recordar que la APS se introdujo en el sector salud como una propuesta de gobierno con objetivos políticos de bienestar social, cuando los países en América Latina iniciaban el cambio paulatino del papel del Estado, autoritario y centralizado de la década de los años 70 hacia gobiernos con mayor participación democrática, que involucró la propuesta de descentralización. Esto lleva al desplazamiento del poder hacia los municipios y comunidades menores que a pesar de ser una propuesta de racionalización administrativa, refleja el advenimiento de nuevos poderes en sectores sociales y un cambio en el papel del Estado (2). En la década de los años 90 frente a los vientos neoliberales el cambio del papel del Estado será más significativo ya que su papel debe ser menos intervencionista para devolver a las otras instancias su responsabilidad y autoridad.

En este contexto, los formadores de recursos en enfermería debemos tener cuidado al hablar de la APS basada en conceptos de 1979 pues el papel del Estado ha sido muy dinámico y las comunidades conocen más sus derechos. Es un desafío para nosotros los del sector salud en el sentido de que se han de analizar cada uno de estos conceptos y ponerlos en el contexto actual. Los desafíos de la década del 90 con el proceso de democratización de los países va a conformar una nueva estructura de poder en la cual la comunidad será más fuerte políticamente y se va a contraponer a varias de las propuestas políticas y tecnológicas de las que nosotros, los del área de salud, somos portadores (2).

La enfermera requiere desarrollar una nueva cultura de la salud, junto a actitudes que la lleven a niveles de competencia, conocimiento y habilidades de liderazgo que le permitan participar en niveles decisorios en relación con definición, planificación y ejecución de políticas de salud y educación. Por lo tanto, la enfermera debe formarse en un ambiente que le permita actuar en los procesos políticos de manera más decidida con metas definidas y estrategias concretas. Para esto se requiere formar líderes capaces, con mente inquisitiva que puedan arbitrar el proceso de cambio.

Otro aspecto que vale la pena analizar es la pluralidad de formas de la atención primaria ensayadas en los diferentes países ya que cada uno es una verdadera pluralidad de culturas, regiones, recursos y gente, frente a lo cual la universidad debe explorar y experimentar por medio de la investigación lo que resulte efectivo y económico para luego hacerle sugerencias al Estado quien tiene los medios para aplicar y generalizar dichas propuestas.

LA FORMACION DE ENFERMERAS Y EL DESARROLLO SOCIAL

La tendencia en la formación del recurso en enfermería para el logro de la meta salud para todos tendrá connotaciones acordes con el desarrollo social del país, cuyas estrategias han tenido una amplia transformación teórica y práctica, evolucionando hasta las más recientes estrategias compatibles con la APS. Tanto el desarrollo social como la APS buscan la "satisfacción de necesidades básicas", en donde la redistribución y desarrollo económico se combinan con la participación comunitaria, la libertad de expresión, la identidad cultural, la autodependencia, la equidad y la movilidad social (3).

Desarrollo social

Este es un proceso conducente a satisfacer las necesidades humanas y a obtener una mejor calidad de vida para los integrantes de una sociedad (4). Considerada así, la estrategia de la atención primaria cumple

con esta misión. Los principios que rigen el desarrollo social y la APS son congruentes, siendo sus directrices: La autodependencia, la interdisciplinabilidad, la gestión, la participación, la articulación, la equidad y la investigación.

Autodependencia

El principio de autodependencia tiene relación con la libertad del hombre, de los grupos y de los pueblos para adoptar decisiones en función de sus propios intereses; para esto se requieren cambios estructurales e institucionales y la apertura de espacios para deliberar y participar en el establecimiento de nuevas líneas de acción. Estos cambios se propician cuando se acompañan de programas educativos que permitan reflexionar acerca de las dudas y obligaciones en la obtención de un mayor nivel de bienestar. La autodependencia, además, demanda una conciencia crítica, inductora del análisis y la transformación, y tiene efectos tanto en el plano individual como social, todo lo cual requiere emplear pedagogías que faciliten la formación de esas actitudes en la estudiante de enfermería para que pueda interactuar con la comunidad.

Interdisciplinabilidad

Teniendo en cuenta que los problemas que atañen al desarrollo social son multicausales y que demandan para su análisis y solución enfoques plurivalentes, a fin de poder ofrecer soluciones integrales, se hace necesario vivenciar desde la fase de formación del recurso procesos que faciliten dicha intervención. Se entiende por interdisciplinabilidad la reunión y aplicación concreta de diferentes áreas del conocimiento bajo un proyecto común que sin participación de estas sería incompleto. La salud, como un componente del desarrollo social, es una resultante de muchos factores en los cuales la participación de sectores diferentes a la salud (obras públicas, saneamiento, vías y vivienda, entre otras), tienen una influencia fundamental.

Una posición decidida de la enfermería frente a la situación actual de salud y frente a las políticas nacionales e internacionales debe mirar por el desarrollo de un verdadero trabajo interdisciplinario e intersectorial, desde la fase misma de formación de los recursos ya que ninguno de los integrantes son poseedores de todos los conocimientos y las habilidades requeridos para responder a las necesidades de las comunidades de nuestros países. .

Es importante flexibilizar las estructuras docentes y asistenciales para que unas y otras contribuyan a la articulación y crean en las potencialidades de ambas y en las ventajas del trabajo interdisciplinario, como es la de evitar la duplicidad de funciones y desgastes innecesarios.

El problema del trabajo interdisciplinario no se reduce a la subordinación de un sector a otro o de una profesión a otra; el problema es más bien en el sentido de la rigidez con la cual experimentamos las diferencias profesionales y sociales, la importancia que le otorgamos, la intensidad con que permitimos que dichas diferencias afecten la interacción y la comunicación (5).

Se debe trabajar para solucionar necesidades de la comunidad o de las personas uniendo esfuerzos frente a un problema específico. El trabajo interdisciplinario como se ve no es nada fácil, necesita opciones tanto para el personal en ejercicio como para el sector formador del recurso humano, y modelos de interacción que puedan ser experimentados durante el proceso de formación.

Estas opciones deben incluir la creación y el fortalecimiento de condiciones que promuevan transformaciones y redefinición recíproca de funciones, que faciliten al grupo encontrar más allá de la división de los roles en el trabajo, elementos de unidad que le permitan hacer menos profundas las diferencias (5). Además de lo anterior existen otras condiciones que facilitan el trabajo interdisciplinario, tales como:

- La permanencia en los servicios o grupos comunitarios con objeto de conocer las realidades y darse a conocer como enfermeras.
- El comprometerse con los procesos de trabajo.
- La búsqueda conjunta de soluciones a problemas tanto específicos como agregados en el trabajo.
- Introducir cambios en los servicios y las comunidades que propugnen una mejor atención y cuidado.
- Mantener procesos de comunicación permanente con las diferentes instancias pero con mayor énfasis con aquellas que tienen carácter decisorio.
- Lograr credibilidad en las personas.

Desarrollo gerencial

Es necesario que la enfermería rompa las barreras que durante muchos años se han creado, buscando mejorar y lograr un verdadero poder basado en sus propios valores. Parte fundamental de este proceso es el de "modificar los actuales sistemas de atención a individuos, familias y comunidades", tanto a nivel institucional como extramural. Esto es, establecer criterios de calidad para la atención en relación con la problemática de salud y no perpetuarnos en antiguos criterios poco válidos.

Estos cambios deben darse a partir de una acción concertada de las enfermeras de servicio y de docencia; las primeras estableciendo criterios de calidad en la atención y las segundas generando, desde la fase de for-

mación del recurso-experiencia de aprendizaje, cambios que demuestren mejor calidad de la atención, mayor participación con otros profesionales y mejoras en los estilos de vida de las comunidades a partir de la participación comunitaria. Es conocido que todas las enfermedades y problemas de salud existentes suelen tener sus raíces en otros tiempos y han venido instaurándose lentamente por las inadecuadas acciones de promoción y prevención. La enfermera ha demostrado su capacidad en el desarrollo de acciones con las personas, familia y comunidades, para fomentar y mantener la salud; estas últimas actividades constituyen de por sí un plan de desarrollo y no una simple terapéutica.

Es importante recordar que se necesitan condiciones de tipo cultural, moral y material para que la gente pueda relacionarse, entenderse, entrar en comunicación, relativizar y transformar las estructuras y las formas de interacción aprendidas.

Participación social

La participación social significa que el hombre debe ser protagonista de su desarrollo individual y de la sociedad a la que pertenece convirtiéndose en persona-sujeto del desarrollo. El desarrollo orientado a la satisfacción de las necesidades humanas no puede estructurarse de arriba hacia abajo ni imponerse por ley, puede darse solamente de las acciones, aspiraciones y conciencia creativa y crítica de los propios factores sociales. Esto significa que debemos formar el recurso de enfermería muy cerca de los "afectos" y necesidades de nuestras comunidades.

Articulación

Todo desarrollo exige articulación entre los actores y el contexto para lograr un efecto sinérgico en el uso de recursos, acciones y procesos fomentando una relación armónica entre el hombre, la naturaleza y la tecnología.

Equidad

Es un sentimiento natural de justicia, que conlleva a un crecimiento equilibrado de los aspectos económicos y sociales de un país. Dentro del proceso de crecimiento, la salud constituye un factor básico y es un medio indispensable para garantizar los niveles mínimos de productividad y de ahorro.

Es evidente que una comunidad enferma e indefensa no puede incorporarse activa, deliberada y conscientemente a la producción ni al

desarrollo de sus potencialidades individuales y colectivas. La salud es un componente del desarrollo social y el desarrollo social es una condición del nivel de salud de los individuos y de los pueblos.

Investigación

Esta debe ser la piedra angular de toda infraestructura docente y asistencial. Si no hay investigación no habrá buena enseñanza ni desarrollo profesional y todo se tornará estéril y estático, por lo cual los procesos de la APS deben ser una realidad para que constituyan a su vez un verdadero eslabón capaz de generar los problemas reales a investigar.

La investigación debe convertirse en un proceso intrínseco y continuo de la vida asistencial y docente de la enfermería, que permita mejorar la calidad de atención de salud mediante la introducción de nuevos y pertinentes modelos que, por consiguiente, permitan el mejoramiento en la formación de los recursos, modificando las actuales relaciones pedagógicas y llevando al estudiante a ser más dinámico y participativo en el aprendizaje.

REFERENCIAS

- 1 Espinosa, F. E. Atención Primaria en Salud. Documento de diagnóstico académico. Concepción Política y Repercusiones en la Universidad. Universidad Nacional de Colombia. Colombia, 1990.
- 2 Yoshimi T. O. La Atención Primaria de Salud y su Historia en América Latina. Documento de diagnóstico académico. Concepciones Políticas y Repercusiones en la Universidad. Universidad Nacional de Colombia. Colombia, 1990.
- 3 Jaramillo Pérez, I. Centralización y descentralización en los académicos de la administración pública. Revista Política y Administración Pública, Esap, Colombia 1986.
- 4 Presidencia de la República, Ministerio de Educación Nacional. Foro nacional sobre política de ciencia y tecnología para el desarrollo. Memorias, Colombia, 1987.
- 5 Antanas, M. Sociomedicina y Biomedicina. División del trabajo, poder y control en la búsqueda de nuevas alternativas de atención en salud. Documento de diagnóstico académico. Concepciones Políticas y Repercusiones en la Universidad. Universidad Nacional de Colombia. Colombia, 1990.

PERSPECTIVAS DE LA FORMACION DE ODONTOLOGOS EN EL CONTEXTO DE LA META DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

*José Benjamín López Guillén*¹

INTRODUCCION

El abordaje para el análisis y la discusión de la temática requiere una revisión amplia de elementos que permitan presentar un panorama general del desarrollo de la odontología en el contexto del desarrollo histórico social de los países.

La odontología como profesión en Latinoamérica ha sido objeto de una razonada crítica en torno a determinar la capacidad del impacto social que ha tenido hasta el presente, por su incidencia en la modificación de la problemática de salud de la población, específicamente en el campo de la salud bucal.

Al presente, los procesos de formación de recursos humanos en este campo se caracterizan por presentar fenómenos variables según los grados de avance curricular observados. Existe aún la prevalencia de corrientes biologicistas que pretenden continuar formando odontólogos de corte científico-mecanicista, que no responden a la realidad social latinoamericana de estos tiempos. Lo anterior se explica por el acentuado tradicionalismo en la formación y práctica, así como en la conducción del proceso educativo, en el cual persisten corrientes conductistas, favorecedoras de los esquemas dominantes de los modelos económicos sociales sustentados.

En muchos países, este modelo de práctica, desarrollado a partir de la enseñanza recibida en las escuelas de odontología, ha entrado en una crisis, que no puede desligarse de las crisis que sufren algunos de ellos por el fracaso de sus modelos de desarrollo.

¹ Profesor Titular y Director de Educación Odontológica, Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador.

Habiéndose identificado la crisis y sus causales, y reconociendo que una crisis representa a la vez que una situación difícil, una oportunidad, las universidades, teniendo ante sí los dos momentos, buscan salidas a la crisis con planteamientos innovadores, que son todo un reto para lograr cambios sustanciales en la formación de sus actuales recursos y en la de aquellos nuevos derivados del análisis de la problemática social.

La preocupación por el deterioro de las condiciones de salud de las poblaciones, llevó a las autoridades de salud del mundo a proponer la meta de alcanzar salud para todos en el año 2000 (SPT 2000), delineando estrategias generales a seguir en cada país, para el logro hacia la meta.

Papel fundamental juegan los recursos humanos para la salud; por tanto los objetivos de este artículo se orientan a determinar las condiciones actuales de nuestros países, analizando particularmente algunas variables que permitan predecir acerca de un proceso de formación de odontólogos consecuentes con los fines propuestos.

SITUACION ECONOMICOSOCIAL LATINOAMERICANA

Si partimos de la base de que la formación de odontólogos debe supeditarse a condicionantes de la realidad nacional, se justifica entonces analizar esa situación.

La América Latina lleva sobre sus hombros el peso de una deuda externa que incide drásticamente en las condiciones de vida de su población. Hasta 1989 la deuda superaba los 400 000 millones de dólares, habiendo caído los países en moratoria en cuanto al pago del servicio (intereses) que significa entre el 30 y el 50% de los ingresos por exportaciones; además hay insolvencia en cuanto a la amortización de capital (1, 2).

La situación económica interna de los países se ha visto afectada directamente como consecuencia de la deuda, produciéndose una "erosión del poder adquisitivo de las personas de ingresos medianos y bajos de la región, agravada especialmente durante la primera mitad de la década por la contracción del gasto público en los sectores sociales derivada del ajuste" (3), lo cual ha producido una gran restricción para el acceso a los servicios básicos, entre ellos los de salud.

La deuda externa, como denominador común, ha generado lo que algunos llaman "deuda social" y que representa las consecuencias de injusticias economicosociales sufridas por nuestros pueblos por muchos años y que golpean con mayor fuerza a una mayoría poblacional que en los últimos años ha alcanzado cifras preocupantes y cuya denominación de "extrema pobreza" expresa por sí misma las condiciones infrahumanas de vida.

Datos recientes sobre la evolución económica de América Latina muestran que "en 1990 se observó un incremento generalizado de los ritmos

de inflación, los que en algunos países alcanzaron niveles que bordearon la hiperinflación". El deterioro económico y social es notorio y las perspectivas de superarse son mínimas (4).

En lo que respecta a la región centroamericana, eje crítico entre el norte y el sur, la situación es agravada por los conflictos político-militares y la corrupción del tráfico de drogas.

Por otra parte, la existencia de democracias formales, mas no reales, y la persistencia de injerencia militarista en el sistema burocrático, reduce las posibilidades de solución de problemas a corto plazo. Los gobiernos, fundamentalmente sustentados sobre una base de población urbana, descuidan generalmente la población rural, nivel en el cual se reflejan con mayor dureza las diferencias (5).

De acuerdo con Menjivar, "la década de los ochenta parece un decenio perdido en el desarrollo de Centroamérica. En el mejor de los casos, algunas economías centroamericanas apenas empiezan a recuperarse de los graves sucesos de su primera mitad y todos los Estados se enfrentan a un marco muy restrictivo para la conducción de su política económica y social. Para esta última, el desequilibrio fiscal implica una presión permanente por reducir el gasto público cuando, simultáneamente, las demandas de la población por servicios es creciente y la brecha acumulada impresionante. Esta presión toma también las formas de propuestas de traslado a la esfera privada de la prestación de los servicios de carácter social, lo cual puede, dado el patrón excluyente que caracteriza a la mayoría de las economías de la región, ampliar las desigualdades dificultándose el acceso, si es que lo han tenido, a estos servicios" (6).

La investigación realizada en El Salvador en 1989, a solicitud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y auspiciada por la Agencia para el Desarrollo Internacional (EUA), sobre "Estudio de demanda de servicios de salud en El Salvador", ofrece conclusiones que refuerzan la tesis anterior sobre la tendencia a la privatización de los servicios del sector salud, argumentándose que la mayoría de la población prefiere pagar por estos servicios. ¿Cómo puede sustentarse esto en países que como El Salvador tienen cifras de extrema pobreza que oscilan entre el 50 y el 60%? (7).

LOS PROCESOS DE FORMACION DE ODONTOLOGOS AL PRESENTE

La educación odontológica a nivel continental ha tenido características similares en su desarrollo, influida primero por corrientes europeas y luego por la odontología flexneriana de los Estados Unidos de Norteamérica.

Investigaciones realizadas en la Universidad de El Salvador, sobre los patrones formativos, reflejan cómo la profesión se inicia de una

manera artesanal y un tanto biólogo, pasando luego a recalcar su carácter biológico, ignorando toda posibilidad de explicación social del proceso salud-enfermedad. Más adelante se incorpora la odontología preventiva y social, como un ente separado, cuyo trabajo no tiene nada que ver con el proceso formativo visto como un todo (8).

Más recientemente, los criterios sobre el proceso de formación de odontólogos han ido cambiando, reconociéndose la existencia de variables no biológicas que están determinando las patologías y que, además, son factores relacionados con las formas de vida y producción de nuestras sociedades.

Eso ha dado origen a planteamientos de globalidad para el abordaje de la educación, procurando desarrollar modelos integradores en la enseñanza/aprendizaje, que consideran la salud-enfermedad como un proceso en el que intervienen factores biológicos y no biológicos, que afectan al individuo, la familia y la colectividad.

Las Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología en América Latina, se encuentran actualmente en diferentes niveles respecto a los modelos de formación de odontólogos. Datos obtenidos al respecto, confirman que son pocas las instituciones que integran el conocimiento básico, preclínico y clínico, a través de unidades de integración práctico-teóricas, y un alto porcentaje mantiene la estructura tradicional, en forma aislada y no relacionada, dándose en el mejor de los casos alguna integración disciplinaria (9).

La situación se hace más crítica cuando observamos que los componentes de investigación y proyección son casi nulos a nivel curricular y se realizan en forma esporádica en lo individual. En muchas Facultades se mantiene el patrón conductista en la formación de odontólogos, basado en la tradicional conferencia repetitiva y la enseñanza libresco acrítica, que la mayoría de las veces proporciona información atrasada y a veces obsoleta.

Por otra parte se ha privilegiado el modelo curativo y tecnologizado, considerando secundariamente el aspecto preventivo de una manera desintegrada. Además, este modelo está muy influenciado por la práctica hegemónica, que no ha sido capaz de producir un impacto social de amplia cobertura.

Las anteriores razones, sumadas a otras de naturaleza estructural, han llevado a algunos a afirmar que existe un deterioro en los procesos de formación de pregrado.

Ante estas afirmaciones habrá que preguntarse si en verdad hay deterioro o es una fase de transición, en la que el paso hacia modelos alternativos de enseñanza/aprendizaje han hecho cambiar también los conceptos que de la excelencia académica se han tenido hasta la fecha, los cuales han sido de corte academicista tecnológico.

Actualmente, la excelencia académica debe medirse no solamente en base al nivel del conocimiento científico y técnico, sino también

en base a la capacidad para conocer e interpretar la problemática de salud de nuestras poblaciones y saber hacer propuestas que le permitan al odontólogo incorporarse a las tareas multidisciplinarias en búsqueda de mejorar los perfiles epidemiológicos.

TENDENCIAS A CONSIDERAR

Parece ser que la odontología en Latinoamérica se ha convertido en vanguardia de cambios curriculares, dando algunos pasos cualitativos en la formación de sus profesionales.

El análisis prospectivo realizado por OFEDO/UDUAL con la cooperación técnica de la OPS/OMS, basado en datos obtenidos de 30 Facultades de Odontología de la región, ha servido para que cada una de las instituciones pueda, a partir de sus respuestas, hacer una autocrítica a sus modelos de formación y tal como lo señala el Dr. Ariel Gómez en su presentación de dicho documento: "para identificarse dentro del proceso y poder así comenzar a transformar la enseñanza de la odontología en la subregión" (9).

Se ha reconocido la necesidad de cambios, pero las tendencias son variadas, pudiéndose señalar las siguientes:

1. Mantener la estructura tradicional para la atención individualista, pero reforzando los contenidos científico-tecnológicos.
2. Incorporar componentes de prevención de manera aislada en los planes de estudio tradicionales.
3. Efectuar cambios en los últimos años de la carrera para que el estudiante pueda efectuar una práctica clínica integral.
4. Integrar áreas afines, de manera que la enseñanza de los contenidos sea complementaria. Esto permite al menos una mejor coordinación para la enseñanza.
5. Disponer de modelos alternativos de formación profesional donde los contenidos curriculares se organizan lo más integradamente posible y con la flexibilidad necesaria para una permanente retoolimentación de los mismos, lo que hace factible realizar las modificaciones pertinentes en el momento oportuno, como producto de evaluaciones periódicas.

Las tres tendencias anteriores preservan el esquema de enseñanza fragmentada: primero las ciencias básicas, luego la preclínica y finalmente la clínica.

PERSPECTIVAS

Los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud se comprometieron en la Conferencia de Alma Ata, en 1978, a lograr que

“todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva”.

Tal declaración se basó en la necesidad de establecer una participación real del pueblo, y mediante una acción intersectorial, propiciar el desarrollo y la utilización de tecnología apropiada así como la descentralización y reorientación total del sistema de salud.

La universidad, como institución comprometida desde siempre con los intereses de las grandes mayorías poblacionales, es un sector que tiene una responsabilidad grande para la consecución de esas metas y objetivos.

Considerando el análisis precedente, intentaremos perfilar lo que podría, o debería, ser la orientación para la formación de odontólogos en ese contexto y cuáles son las perspectivas.

Podríamos afirmar como premisa de entrada que los currículos tradicionales son incompetentes para que se logre una incorporación efectiva de las Facultades de Odontología a las tareas requeridas. La simple razón de ello es que esos procesos formativos enfatizan y centran la atención en el individuo, para resolver problemas inherentes al segundo y tercer niveles de atención, lo cual es excluyente del trabajo en base a la atención primaria, que es la estrategia a seguir para el abordaje de la problemática de salud.

Por otra parte, hemos visto el patrón de comportamiento en relación con las modificaciones que pueden ocurrir en los aspectos socio-económicos, demográficos, de salud, de desarrollo tecnológico y de ejercicio profesional, situación que permite visualizar escenarios futuros para el trabajo odontológico en el Continente y ello solo nos conduce a plantear innovaciones en la educación para preparar a los nuevos profesionales.

Las condiciones para el desarrollo se presentan cada vez más difíciles puesto que las restricciones en el orden financiero se mantienen para las áreas de educación y salud, y la tendencia al aumento en la esperanza de vida, reducción de la mortalidad y la modificación de cuadros epidemiológicos, con aumento de enfermedades crónicas degenerativas, enfermedades infectocontagiosas relacionadas con la pobreza y sus derivados, más otros que se desprendan de las condiciones eco-ambientales deterioradas, hacen el panorama un tanto más difuso. El reto está entonces en formular diferentes perfiles profesionales que respondan de una forma integral a las necesidades que la problemática sociosanitaria va determinando a través de los procesos de salud-enfermedad, variables en el tiempo y el espacio. Está también, como lo propone Haddad (citado por Núñez) en la “búsqueda de una revisión de la definición del papel del personal de salud, mejores esquemas de formación de recursos humanos, y una mayor eficiencia en la capacitación, orientación y utilización de los mismos” (10, 11).

En términos generales, podríamos esbozar las características del tipo de odontólogo que, para los propósitos de una nueva práctica en salud,

tal como lo propone Arango, combine acciones interprofesionales, interdisciplinarias, interinstitucionales y multisectoriales. Dichas características, de acuerdo con Silva, deberán incluir (12, 13):

Moral profesional; capacidad de entrega y recepción; estar al servicio de la mayoría; actuar con libertad; solidaridad; mentalidad crítica, y otras.

La Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, propone que debe existir un perfil institucional de formación que incluya lo siguiente (14):

1. Disponer de recursos humanos altamente críticos, creadores, capaces de ubicarse en el contexto del quehacer ocupacional institucional y privado, participando en su permanente transformación.
2. Incorporar la investigación en todos los aspectos del proceso formativo, aplicando permanentemente el método científico.
3. Integrar la enseñanza-aprendizaje y enfatizar los aspectos preventivos.
4. Hacer hincapié en que la metodología del proceso de enseñanza-aprendizaje sea andradógica, prevaleciendo sobre la pedagógica.
5. Establecer un equilibrio entre los aspectos técnicos, científicos y humanísticos.
6. Utilizar tecnología apropiada para una práctica eficaz y eficiente.

Por otra parte, el perfil del profesional que se propone formar, reúne las siguientes características:

1. Capaz de manejar a un alto nivel el conocimiento fundamental del sistema estomatognático, su estructura, su función y evolución. Todo ello dentro del concepto de salud-enfermedad; relacionando este concepto con el resto del organismo y con el individuo como parte de una colectividad.
2. Altamente crítico y creador, con características de liderazgo, capaz de identificar los factores socioeconómicos de las condiciones de vida y salud de la población salvadoreña, todo ello a través del conocimiento y aplicación del método científico.
3. Capaz de manejar con sentido interdisciplinario las enfermedades del sistema estomatognático más prevalentes en la población salvadoreña, convirtiéndose en un recurso básico para el fomento, mantenimiento y recuperación de la salud del individuo y de la comunidad, utilizando los conceptos de transferencia del conocimiento, simplificación de la práctica odontológica, y trabajo en equipo, siendo el nexo entre el equipo de salud bucal y el de salud general.

4. Capaz de organizar y administrar los servicios odontológicos en los diferentes modelos de práctica profesional, mediante la utilización de sistemas y técnicas que faciliten el empleo de los recursos humanos, físicos y administrativos.

La propuesta es innovadora y como tal implica un cambio, lo que por inercia encuentra dificultades y obstáculos, como sucede en todos los órdenes de la vida, y que van desde la resistencia pasiva y activa hasta la carencia de recursos.

Lo primero podría superarse a base de capacitación y formación de conciencia, pero en cuanto a lo segundo, la situación no es muy alentadora, por la reducción evidente del gasto social por parte de los Estados, lo que constituye un freno real.

No hay duda que al menos en cuanto a salud hay objetivos que podrían considerarse como denominadores comunes entre las universidades y los gobiernos, y en función de ellos, si las acciones se encaminaran a unir esfuerzos para el logro de los fines y objetivos, podría realizarse mejor la administración de la salud, combinando recursos para obtener un mayor impacto sobre la salud.

Las universidades y los gobiernos han permanecido históricamente polarizados y ello ha ocasionado que las primeras no sean incidentes en las políticas implementadas por los segundos; más bien ha ocurrido al revés, cuando se reconoce que la práctica hegemónica ha sido determinante sobre los procesos de formación.

Los programas de investigación-servicio-docencia, tienen una buena aceptación por parte de los servicios de salud y a la vez constituyen campos para ejercer una docencia diferente, lo cual concuerda con los intereses académicos, y le da una dimensión de integración a los aspectos social, biológico y psicológico del modelo de atención.

La proyección social, efectuada tradicionalmente con una visión asistencialista, sin ningún impacto social, asume en el proyecto alternativo un carácter formal que se realiza desde el inicio de la carrera hasta que se termina la misma. Esta modalidad permite a su vez, sensibilizar al recurso humano en formación que encuentra respuesta objetiva a un planteamiento filosófico y retroalimenta su bagaje humanístico.

Al presente, desde las grandes potencias del primer mundo hasta los pequeños países del tercer mundo, están preocupados por buscar mecanismos de entendimiento que conduzcan por senderos de paz y justicia para todos los pueblos de la tierra. En nuestra región también se están realizando esfuerzos en ese sentido. En ese marco, la concertación para la salud es más que necesaria, imprescindible, y se logrará en la medida en que las partes antagónicas históricamente modifiquen su pensamiento y acción y decidan integrarse y aunar esfuerzos en el combate contra la enfermedad.

REFERENCIAS

- 1 Banco Interamericano de Desarrollo. *Progreso económico y social en América Latina, Informe 1990*. Washington, D.C., 1991.
- 2 La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población. Informe de la Reunión del Núcleo Básico III sobre Contribución de la Universidad a la Atención Primaria y a los Sistemas Locales de Salud. Caracas, 7-11 de noviembre de 1988.
- 3 Banco Interamericano de Desarrollo, *ibid.*
- 4 Panorama económico de América Latina. *La Prensa Gráfica*, 6 de mayo de 1991.
- 5 Sachs, J. D., "Social Conflict and Populist Policies in Latin America. Occasional Papers 9. International Center for Economic Growth, 1990.
- 6 Menjivar, R. y Trejos, D. D. *La pobreza en América Central*, 1ª ed. San José, Costa Rica, FLACSO, 1990.
- 7 Gómez, L. C. y Bitrán, R. A. *Estudio de demanda de servicios de salud en El Salvador*. Washington, D.C., John Snow-USAID, 1990.
- 8 Figueroa, C. I. B., López, F., Karla, B. et al. *Historia de la facultad de Odontología y análisis crítico de sus planes de estudio*. Investigación Curricular, Facultad de Odontología. San Salvador, U.E.S., 1990.
- 9 OFEDO/UDUAL-OPS/OMS: *Análisis prospectivo de la educación odontológica en América Latina*. Caracas, 1990.
- 10 Brito, P. La Universidad y las prácticas de salud en el contexto actual de América Latina. Informe del Núcleo Básico II. Santo Domingo, 19-22 de marzo de 1990.
- 11 Nuñez, N. Ponencia presentada en la Reunión del Núcleo Básico III: La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población. Caracas, 7-11 de noviembre de 1988.
- 12 Silva O., H. Informe Consultorías al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y a la Universidad de El Salvador. 1985-1986.
- 13 Arango B., A. Ponencia presentada en la Reunión del Núcleo Básico III: La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población. Caracas, 7-11 de noviembre de 1988.

BIBLIOGRAFIA

- Bloch, C. La Universidad y la Práctica en Salud en América Latina. Conferencia Integrada: La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población. La Habana, Cuba, 3-7 de junio de 1991.
- Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de El Salvador. Algunos aspectos de la inflación en el modelo económico actual. Coyuntura Económica, Año V, enero-febrero de 1990.
- Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de El Salvador. Necesidades básicas y deterioro de las condiciones de vida. Coyuntura Económica, Año V, enero-febrero de 1990.
- Facultad de Odontología, Universidad de El Salvador. Documento de Curriculum, 1987.
- López G., J. B. Estrategias curriculares alternativas en la enseñanza. V Conferencia de OFEDO/UDUAL. Cuenca, Ecuador, 1989.
- Recursos humanos en odontología. Situación actual y prospectiva. Ponencia presentada en la Universidad de Panamá, septiembre de 1990.
- Rodríguez, M. La Universidad y la práctica de la salud. Conferencia Integrada: La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población. La Habana, Cuba, 3-7 de junio de 1991.
- Quezada A., T. Recursos humanos en cinco países de América Latina. Análisis de Indicadores. *Educ Med Salud* 23 (4):313-331, 1989.

LA EDUCACION EN CIENCIAS DE LA SALUD EN CUBA

José B. Jardines Méndez,¹ José Oubiña Rodríguez² y Ramón Aneiros-Riba³

INTRODUCCION

Educación Médica y Salud cumple un cuarto de siglo de fructífera labor. A lo largo de estos cinco lustros ha dado a conocer, en forma ininterrumpida, experiencias educativas, resultados de investigaciones, documentos de trabajo, informes de reuniones técnicas, noticias de interés en este campo y reseñas de publicaciones de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud.

El impacto de esta revista en las universidades y centros formadores, en el mundo del trabajo de los servicios de salud, ha sido considerable en la Región de las Américas. A nuestro juicio su publicación ha resultado decisiva cuando menos en tres aspectos esenciales: como agente de diseminación del conocimiento; como propulsora de la producción del conocimiento del método científico y de su aplicación en la solución de los problemas del desarrollo de los recursos humanos en ciencias de la salud y como instrumento movilizador de ideas innovadoras en los procesos educativos para la formación del personal de salud.

Cuba se suma a la conmemoración de *Educación Médica y Salud* y con el presente trabajo queremos patentizar el reconocimiento a todos los que durante estos 25 años han hecho posible se convierta en una prestigiosa publicación científica. En el mismo ofrecemos una visión de conjunto e integral de las transformaciones que han tenido lugar en el estado de salud de la población cubana y su relación directa con los cambios cualitativos en los servicios de salud y la prioridad en el desarrollo de los recursos humanos durante más de 30 años, así como la perspectiva que nos planteamos en la presente década.

¹ Médico, Especialista de Primer Grado en Organización y Administración de Salud. Viceministro a Cargo de la Docencia, Ministerio de Salud Pública, Cuba.

² Pedagogo, Profesor Titular, Candidato a Doctor en Ciencias Pedagógicas. Funcionario de las Oficinas del Viceministro a Cargo de la Docencia, Ministerio de Salud Pública, Cuba.

³ Médico, Especialista de II Grado en Fisiología. Funcionario de la Dirección de Docencia Médica Superior, Area de Docencia, Ministerio de Salud Pública, Cuba.

SITUACION DE LA SALUD PUBLICA EN CUBA ANTES DEL TRIUNFO DE LA REVOLUCION

Efectuar un recuento de la situación de la salud pública en Cuba antes de 1959, en que tiene lugar el triunfo de la revolución, constituye una retrospectiva hacia un pasado que parece muy lejano, aun cuando solo han transcurrido poco más de tres décadas.

En esa época la situación de salud en el país, tal como se planteó en el "Programa del Moncada" (1) era deplorable. Los servicios públicos de salud se prestaban en unos pocos hospitales (2) en las grandes concentraciones urbanas, con acceso muy limitado de la población rural que constituía la mayor proporción de los habitantes y quienes, en las zonas montañosas, no recibían ningún tipo de atención médica.

Las clínicas mutualistas, cuyo número iba en ascenso, daban cobertura a un 20% de la población y solo unas pocas clínicas privadas disponían de la tecnología médica más avanzada existente en el país. Esta conformación de los servicios de salud, unido al escaso y en ocasiones malversado presupuesto de salud pública, denotaba la ausencia total de una política de salud en el orden nacional y por tanto de un programa nacional de salud.

A estos elementos organizativos se sumaba la pobre calidad de los servicios; el carácter curativo de la práctica médica de corte puramente biologicista, con un total desprecio de lo psicológico y lo social y sin una concepción integral del hombre en el seno de su familia y la comunidad en que vive y trabaja. El alto índice de analfabetismo, la baja escolaridad, el desempleo, los bajos ingresos y la miseria en que vivía la mayoría de la población, acompañado de un estilo de vida poco saludable, malos hábitos higiénicos, poco conocimiento y comprensión de la promoción de salud y de la atención precoz de las enfermedades, condicionaba que muchos no hicieran un uso apropiado de los pocos servicios disponibles.

Otra expresión de esta situación era la limitada formación de los recursos humanos de salud. Había una sola Escuela de Medicina, de la que se graduaban anualmente cerca de 300 médicos, una Escuela de Estomatología de la que egresaban unos 50 odontólogos y seis Escuelas de Enfermería que promovían 100 enfermeros anualmente. No obstante estas exiguas cifras, el desempleo resultaba fenómeno común. Por otra parte, no había formación organizada de otros técnicos de la salud, ni de especialistas y no existían planes de educación continua. Con honrosas excepciones, la formación era hacia una concepción hospitalaria, naturalista de la medicina. Consecuencia lógica de lo antes expuesto y unido a las condiciones económicas, políticas y sociales imperantes en el país, estos hechos tenían su expresión, entre otros indicadores, en las altas tasas de mortalidad infantil, la frecuencia de enfermedades infecciosas evitables como el pa-

ludismo (2000 casos anuales), poliomielitis (200 a 300 casos por año), tétanos (más de 300 casos) y la gastroenteritis, que constituía una de las primeras cinco causas de mortalidad, por solo citar algunas.

EL DESARROLLO DE LA SALUD PUBLICA Y SUS RECURSOS HUMANOS DURANTE LA REVOLUCION

En los años transcurridos desde el triunfo revolucionario pueden identificarse tres etapas significativas en aspectos esenciales como la organización y calidad de los servicios, la investigación y la formación de recursos humanos en salud, que nos permiten valorar de forma integral y sistémica la dinámica de cambios y transformaciones cualitativas de la salud cubana en las últimas tres décadas.

HACIA LA INTEGRACION DE UN SISTEMA NACIONAL UNICO DE SALUD (1959-1972)

En este período las autoridades de salud tuvieron que enfrentar tempranamente tareas organizativas complejas, encaminadas al ordenamiento, reordenamiento y creación de las bases estructurales para la conformación de un sistema nacional de salud.

Desde 1959 se emprendieron acciones tendientes a la extensión de la cobertura de atención de salud y transformaciones cualitativas para mejorar los servicios prestados a la población, lo que planteó el desarrollo acelerado en la formación de recursos humanos y el inicio de investigaciones en salud.

Además de profundos y rápidos cambios en las estructuras económicas, políticas y sociales, tuvo lugar con exitosos resultados la Campaña de Alfabetización en 1961 y el seguimiento para la elevación de la escolaridad y el nivel cultural de la población, lo que unido a la construcción de nuevas unidades, el incremento de camas hospitalarias y la reducción en los precios de los medicamentos en un 30%, contribuyeron a lograr la accesibilidad de toda la población a los servicios.

Una de las más importantes medidas en esos años fue la creación y desarrollo del Servicio Médico Rural que llevó la atención de salud a los más intrincados lugares del país y la construcción acelerada de 50 hospitales rurales y de montaña, así como varias decenas de postas médicas en las que se ubicaron médicos y estomatólogos que se ofrecieron voluntariamente para desempeñarse en lugares donde nunca antes había estado presente un profesional de las ciencias médicas.

Hacia 1961 surgieron los Policlínicos, que ofrecían atención ambulatoria y que con el desarrollo de distintos programas de salud se convertirían en los centros nodales de la medicina comunitaria (3). Por otra

parte se adoptaron medidas organizativas como la regionalización y los dispensarios que significaron un vuelco en la calidad de los servicios, al abrirse un espacio para la atención primaria que daba un fundamento sólido al naciente sistema nacional de salud.

En 1963 los estudiantes de medicina y estomatología renuncian al ejercicio privado de su profesión y en enero de 1967 se declaran gratuitos todos los servicios de salud y se hace una nueva rebaja de los medicamentos en un 50%. Al culminar en 1968 la nacionalización de todos los establecimientos de salud, queda integrado el mutualismo al Sistema Nacional de Salud, con la red de unidades básicas de servicios, de producción de medicamentos y de información científico-médica.

En 1965 se crea el Centro Nacional de Información Científico-Médica y en 1966 los Institutos de Investigaciones en el campo de las ciencias médicas que brindaron un importante impulso a su desarrollo. De incuestionable apoyo resulta desde los primeros años de la revolución la participación activa de la población a través de sus organizaciones, en todas las tareas, principalmente en vacunaciones masivas y en campañas de educación para la salud.

La integración del Sistema Nacional de Salud y la extensión de la cobertura de sus servicios a toda la población, planteó un verdadero reto a la formación de recursos humanos, situación agravada por el hecho de que los profesionales de salud en 1959 fundamentalmente ejercían en la capital y principales ciudades del país, así como por el éxodo de médicos en los primeros años de la revolución.

Es en este contexto que el gobierno estableció un programa para que el naciente sistema pudiera funcionar y hacerlo cada vez con más calidad y para lograrlo era necesario priorizar la formación de los recursos humanos en salud. Para ello, resultó importante, entre otros factores, la descentralización de la enseñanza de las ciencias de la salud a todo el territorio nacional; la posibilidad de que todo ciudadano se incorporara a estudios técnicos o profesionales; la aplicación de programas de estudio que desde los primeros años planteaban un enfoque preventivo-profiláctico; la formación de los técnicos y enfermeros para el sistema nacional de salud; así como el inicio de la formación de especialistas a través del régimen de residencias médicas y estomatológicas.

Como consecuencia de estos esfuerzos, al concluir el período se habían graduado cerca de 7000 médicos, 1300 estomatólogos y 30 000 enfermeras y técnicos de la salud. Todas estas acciones propiciaron que mejoraran significativamente los indicadores de salud en la primera década en lo que respecta a la mortalidad infantil, estructura de la morbilidad, cambios en las principales causas de mortalidad y esperanza de vida al nacer, entre otros (cuadros 1-2 y figuras 1-2).

CUADRO 1. Las cinco principales causas de mortalidad, todas las edades (Tasas por 100 000 habitantes).

| Causas de defunción | 1959 | 1965 | 1972 | 1976 | 1980 | 1985 | 1990 |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Enteritis y enfermedad diarreica | 43,1 | | | | | | |
| Afecciones perinatales | 37,9 | 68,4 | 36,9 | | | | |
| Enfermedad cardiaca | 158,6 | 136,9 | 135,4 | 156,8 | 166,7 | 189,8 | 200,3 |
| Tumores malignos | 86,8 | 102,1 | 100,8 | 102,9 | 106,6 | 117,0 | 128,5 |
| Enfermedad cerebrovascular | 41,3 | 62,2 | 53,0 | 52,1 | 55,3 | 62,3 | 66,2 |
| Influenza y neumonía | | 37,6 | 34,1 | 43,3 | 38,6 | 45,4 | 30,3 |
| Accidentes | | | | 32,4 | 38,0 | 42,4 | 49,0 |

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas, MINSAP. La Habana, Cuba.

CUADRO 2. Indicadores seleccionados de morbi-mortalidad, 1959-1990.

| Indicadores | 1959 | 1965 | 1972 | 1976 | 1980 | 1985 | 1990 |
|--|-----------------|--------------|------|------|------|------|------|
| Defunciones menores de 1 año (× 1000 nacidos vivos) | 70 ^a | ^b | 28,7 | 23,3 | 19,6 | 16,5 | 10,7 |
| Mortalidad por enfermedades diarreicas agudas (× 100 000 habitantes) | 43,1 | 26,1 | 9,6 | 5,5 | 3,1 | 4,3 | 3,6 |
| Fiebre tifoidea | 13 | 3 | 5,1 | 4,3 | 1 | 0,6 | 0,6 |
| Tuberculosis | 24 | 63,5 | 14,3 | 13,5 | 11,6 | 6,7 | 5,1 |
| Difteria | 4,7 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tétanos | ^b | 6,5 | 1,7 | 0,6 | 0,3 | 0,1 | 0 |
| Poliomielitis | 4,3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas, MINSAP, La Habana, Cuba.

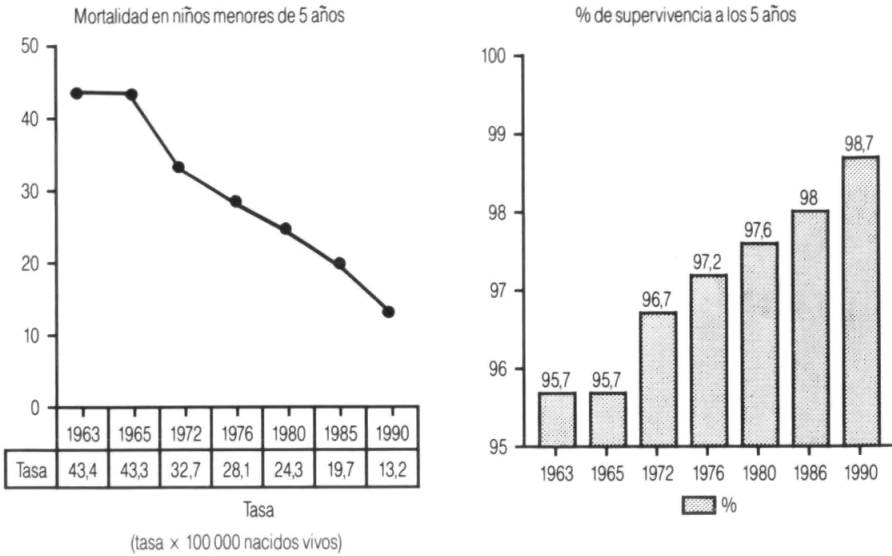
^aCifra estimada.

^bDatos no disponibles.

HACIA LA CONSOLIDACION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (1973-1980)

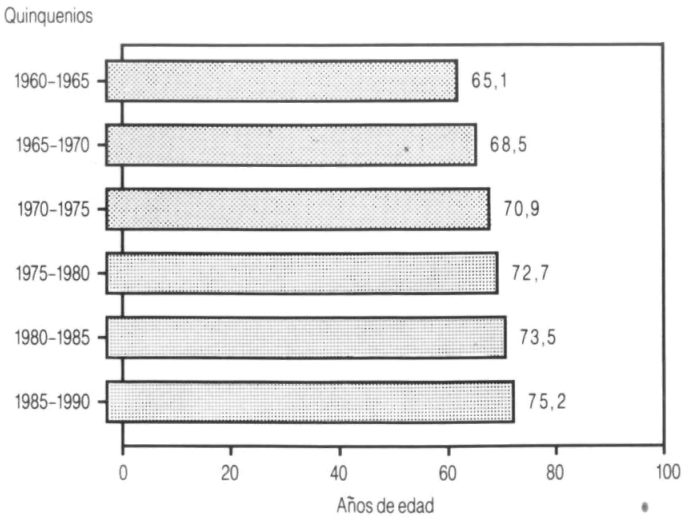
En esta etapa, en la cual culmina el proceso de institucionalización del Estado cubano, se completa la extensión de la cobertura de los servicios de salud a todo el país y se hacen cambios y ajustes en la estructura del Ministerio de Salud Pública que fortalecieron la actividad docente e investigativa, las que pasan a jugar un papel decisivo en la elevación de la calidad de las prestaciones que brinda el Sistema Nacional Unico de Salud. Desde el punto de vista cualitativo se tomaron algunas medidas de gran importancia. Los policlínicos integrales, aunque jugaron un papel en el desarrollo de la atención primaria, indudablemente no pudieron dar efectiva respuesta a las exigencias de este nivel de atención. El verdadero impulso y antecedente del modelo actual de atención primaria vigente en Cuba, basado en el médico y la enfermera de la familia, fue la medicina

FIGURA 1. Tasa de mortalidad y de supervivencia de menores de cinco años.^a



^aFuente: Dirección Nacional de Estadísticas, MINSAP, La Habana, Cuba.

FIGURA 2. Esperanza de vida al nacer.^a



^aFuente: Dirección Nacional de Estadísticas, MINSAP, La Habana, Cuba.

comunitaria (2-3) llevada a cabo en los policlínicos comunitarios que trataron de dar solución a algunos problemas que habían sido detectados en los policlínicos integrales. Consideramos que este movimiento de la medicina comunitaria fue probablemente el elemento cualitativo más sobresaliente en el Sistema Nacional de Salud durante esta etapa, al incorporar una concepción coherente de la práctica de salud en la atención primaria.

Impulso importante reciben en este período las investigaciones, con la creación de 12 nuevos Institutos de Investigaciones, la creación de la Comisión Nacional de Investigaciones en Salud y los Comités Provinciales, los que contribuyeron al desarrollo y extensión de las investigaciones y la institución del Premio Anual al Mejor Trabajo Científico en Salud.

En 1976 se crea el Ministerio de Educación Superior con su red de centros universitarios y se adscriben al Ministerio de Salud Pública los Institutos Superiores y las Facultades de Ciencias Médicas, lo que constituyó una base para el avance en la integración docente-asistencial-investigativa. Esta extensión de la cobertura y las nuevas exigencias de los elementos cualitativos requirió un programa de modificaciones estructurales y funcionales en el área de docencia del Ministerio de Salud Pública. Se aplicó por primera vez, como premisa para definir el tipo de médico a egresar, un análisis sistémico del Sistema Nacional de Salud llamado Modelo de Rama de la Salud, en el que participaron todos los componentes de dicho sistema y se elaboraron nuevos planes de estudios para la formación de médicos, estomatólogos y licenciados en enfermería.

Es en este período que se inicia un programa de formación de técnicos de la salud y enfermeros que permitió el desarrollo integral de los servicios y de las especialidades, con la conformación de equipos de salud con personal técnico y profesional en todas las provincias del país. También se crea el Departamento de Educación Continua y Educación Médica Audiovisual, que se encargó del perfeccionamiento de médicos y estomatólogos y constituyó el germen del actual Centro Nacional de Perfecciona-

CUADRO 3. Centros para la formación de recursos humanos en salud.^a

| | | |
|-------------------|------------------------------------|-----------------|
| Nivel técnico | Politécnicos de la salud | 34 |
| | Politécnicos de enfermería | 23 |
| | Institutos superiores | 4 |
| Nivel superior | Facultades de ciencias médicas | 22 ^a |
| | Facultades de estomatología | 4 |
| | Unidades docentes de estomatología | 4 |
| Capacitación | Dptos. Licenciatura de enfermería | 17 |
| | Escuelas provinciales | 14 |
| Perfeccionamiento | Técnico y profesional | 1 |
| | Médico | 1 |

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas, MINSAP, La Habana, Cuba.

^aIncluye el Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón".

CUADRO 4. Recursos humanos en ciencias de la salud.

| Sistema nacional de salud | | Estudiantes | |
|---------------------------|--------|--------------------------|--------|
| Médicos | 38 690 | Medicina | 27 215 |
| Estomatólogos | 6959 | Estomatología | 2979 |
| Lic. Enfermería | 3823 | Lic. de Enfermería | 7964 |
| Enfermeros (Técnicos) | 64 759 | Lic. Tecnología de Salud | 168 |
| Otros Técnicos | 51 838 | Enfermería (Técnica) | 11 372 |
| Auxiliares de enfermería | 478 | Otros Técnicos | 6081 |

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas, MINSAP, La Habana, Cuba.

miento Médico (CENAPEM). También se desarrolló el Departamento Nacional de Capacitación para la formación y superación laboral y técnica de los demás trabajadores y técnicos del sector. Durante este período se obtuvieron positivos resultados en los principales indicadores de salud.

REVOLUCION EN LA MEDICINA, LA SALUD PUBLICA Y EL DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS DE SALUD EN CUBA (1981-1990)

El proceso de transformaciones cualitativas del Sistema Nacional de Salud se inició por el análisis crítico y profundo a que fue sometido el sector a comienzos de la década de los ochenta. Es en ese momento en que se llega a una comprensión más clara sobre la calidad de la atención médica y de las relaciones entre las prácticas de salud y las educativas en los servicios. Como consecuencia se conforma una estrategia única de desarrollo de los servicios y de los recursos humanos de la salud por parte del Gobierno, que ha constituido una revolución en este campo, cuyo fin es continuar elevando la salud de la población cubana a niveles comparables con países altamente desarrollados y convertir al país en una potencia médica, en momentos que para la mayoría de los países de América Latina se inicia la llamada "década perdida" y se deterioran los indicadores sociales y de salud.

A nuestro juicio esta estrategia estuvo sustentada en tres decisiones básicas:

- Redefinición del subsistema de atención primaria, privilegiando las acciones de promoción y prevención, con una cobertura total a la población por un equipo de salud, dirigido por un profesional del mayor nivel científico.
- Fortalecimiento de la red de instituciones de salud del segundo y tercer nivel de atención, mediante el desarrollo integral de 39 de las 55 especialidades médicas y estomatológicas reconocidas en el país.

- Perfeccionamiento del proceso de selección, ingreso, formación y educación continua de los profesionales y técnicos, así como de la capacitación laboral y de los dirigentes dentro del propio Sistema Nacional de Salud, según las políticas nacionales y las necesidades de cada territorio.

Estas decisiones estratégicas conllevaron importantes acciones a partir del enfoque sistémico de la realidad socioeconómica y política, así como de la conceptualización de las ideas que en el campo de la salud se habían iniciado con el triunfo revolucionario.

Al analizar las principales acciones que en el campo de los recursos humanos en salud hemos materializado, pudiéramos preguntarnos ¿qué perseguimos con convertirnos en potencia médica mundial y por qué plantear estos cambios en 1981, cuando nuestros indicadores de salud estaban entre los primeros de América Latina y del tercer mundo? ¿Cuál ha sido el marco conceptual de esta estrategia y dónde están los puntos claves para promover el verdadero cambio?

Cuba como potencia médica mundial

El propósito de convertir al país en una potencia médica (4-5) no es solo una cuestión de prestigio, lo importante es lo que significa en la calidad de los servicios que recibirá nuestro pueblo y la colaboración médica que podemos prestar a otros pueblos del tercer mundo (6), al desarrollar campos como la biotecnología y la industria farmacéutica, entre otros.

La valoración crítica de nuestras potencialidades y los niveles de salud alcanzados en los servicios de salud a principios de la década de los 80 (7) nos permitió avanzar mucho más debido a la prioridad otorgada al perfeccionamiento y desarrollo estratégico de los recursos humanos en salud.

La estrategia y los puntos claves para promover el verdadero cambio

Para elevar nuestros niveles de calidad, eficiencia y eficacia en la salud, ha sido necesario considerar a los servicios de salud con un enfoque sistémico, como espacio en el cual tiene lugar el proceso asistencia-docencia y donde la investigación actúa como eje integrador.

LA CALIDAD EN LA ATENCION DE SALUD

El problema fundamental que nos hemos planteado es el de la calidad de los servicios de salud. Independientemente del problema teórico-

conceptual de qué se entiende por calidad de los servicios de salud y de su funcionamiento mediante la construcción de un sistema de indicadores válidos, confiables, flexibles y prácticos, partimos del criterio de que la calidad y eficiencia de los servicios de salud es condición indispensable para lograr la calidad de la docencia, lo que a su vez retroactivamente contribuye a la elevación de la calidad de los propios servicios y, como consecuencia, actúa favorablemente sobre los indicadores de salud (figura 3). No hay calidad del proceso pedagógico en salud si no la hay en los servicios que se prestan a la población. Calidad es satisfacción de la población por el servicio recibido y del trabajador de la salud por el servicio prestado, que se basa en tres pilares: competencia profesional de dicho trabajador; sensibilidad humana en la atención del prestatario y alto grado de compromiso social. Este ha sido el principio estratégico al que responden las medidas y acciones emprendidas en estos años que no se pueden considerar aisladas unas de otras, sino como un sistema donde la calidad en la atención de salud es el objetivo final.

ENFOQUE SISTEMICO Y SERVICIOS DE SALUD

Conceptualizamos al servicio de salud (figura 4) como espacio donde coexiste el proceso asistencia-docencia y en el cual la investigación actúa como eje integrador y factor determinante para elevar la calidad en la formación de los recursos humanos y de los servicios. A esto se une la necesaria evaluación o monitoreo del proceso, como elemento de retroalimentación. Para nosotros los servicios de salud son los que se brindan en la comunidad, los consultorios de los médicos y enfermeras de la familia,

FIGURA 3. Importancia de los servicios y de la docencia en los indicadores de salud.

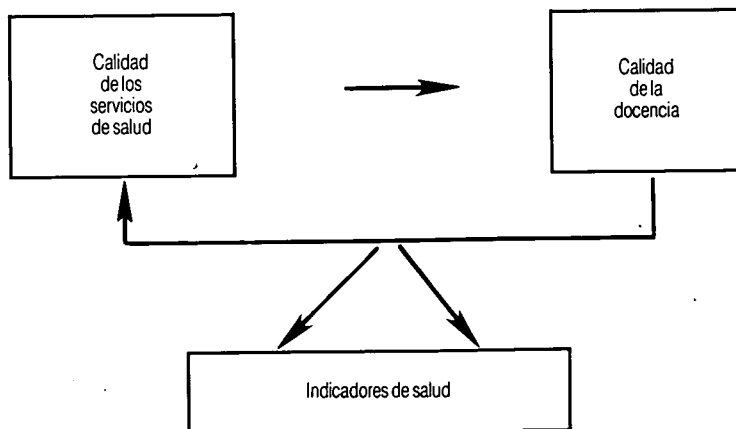
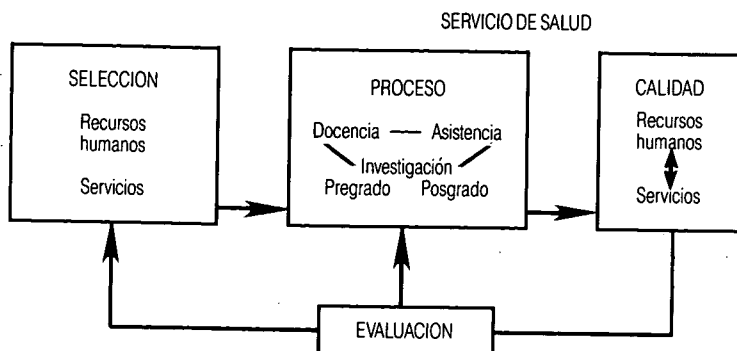


FIGURA 4. Sistema nacional de salud.



las consultas y otras instalaciones del policlínico, las salas y demás servicios de un hospital y en la clínica estomatológica y es en estos microcontextos (8) donde tienen lugar en forma integral los procesos de docencia, asistencia e investigación, tanto del pregrado como del posgrado.

Hemos identificado tres elementos del sistema que son determinantes para producir un verdadero cambio y no quedarnos solo en el planteamiento pedagógico, los cuales han requerido la mayor prioridad para su consecución:

- *Selección* de los recursos humanos a formar y de los servicios donde tiene lugar el proceso docente-asistencial.
- *Proceso* integral de formación, especialización y perfeccionamiento de los profesionales, técnicos y demás trabajadores de la salud.
- *Evaluación o monitoreo* de la calidad y del desempeño profesional.

La selección

Los trabajadores de salud deben tener un elevado nivel científico-técnico y altos valores éticos y morales, formándose en servicios previamente acreditados. A comienzos de la década de los 80, al valorar nuestras posibilidades de desarrollo en el campo de la salud y la prioridad que en ello tenía la formación de los recursos humanos, se modificaron los conceptos que hasta ese momento se tenían sobre el número de técnicos, enfermeros y profesionales de la salud a formar, partiendo de que para el cambio era imprescindible dar amplia cobertura entre otras áreas al nivel de atención primaria, con una atención especializada a toda la población. Se estableció una selección mejor de los estudiantes que se incorporan a la educación médica superior, a partir de un estudio de las necesidades de profesionales de la salud de diversas zonas, conformándose el Destaca-

mento de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay". Con ese propósito se tienen en cuenta en forma rigurosa las características morales, humanas y éticas de los aspirantes, así como el índice acumulativo de las calificaciones obtenidas en el pre-universitario (bachillerato) y en los exámenes de ingreso a la educación superior. Otro factor que contribuye a la selección es el plan de actividades de formación vocacional y orientación profesional de los profesores con los estudiantes de la enseñanza media y media superior.

Un aspecto en el que se ha comenzado a trabajar en el último trienio, es la identificación de estudiantes con excepcionales condiciones (intelectuales y humanas, inquietudes y motivaciones por su desempeño) desde los primeros años de estudios universitarios y su ulterior selección al graduarse, de modo tal de brindarles posibilidades de desarrollo individual que les permita ejercitar al máximo sus capacidades y se obtenga como resultado un profesional de alto nivel científico.

Si bien la selección de los recursos humanos tiene una importancia capital, resulta vital la selección y acreditación de las unidades donde se van a formar, especializar o perfeccionar estos recursos. El incremento de la actividad docente, con la formación del especialista en medicina general integral en todas las áreas de salud, los programas de desarrollo de las especialidades médicas y la aplicación del nuevo enfoque de la educación permanente (9) ha conllevado a un crecimiento y a su vez una priorización de la acreditación docente. Consideramos que ello es imprescindible si aspiramos a lograr calidad en el proceso de desarrollo de los recursos humanos.

El proceso de formación

Para dar respuesta concreta a la prioridad en la formación de los recursos necesarios se materializó el principio de que cada territorio forme y se encargue también de la especialización y educación continua de los recursos humanos en salud, al completarse en todas las provincias la red de:

- Centros de Educación Médica Superior en los cuales se gradúan y posteriormente perfeccionan los profesionales.
- Institutos Politécnicos de la Salud para la formación y educación continua de los enfermeros y otros técnicos.
- Escuelas Provinciales de Capacitación en las que se forman, recalifican y superan permanentemente obreros calificados y otros trabajadores.

Esta red, junto a los Centros Nacionales de Perfeccionamiento Médico y de Perfeccionamiento Técnico Profesional (cuadro 3), con una cobertura total en el país de hospitales, policlínicos y consultorios del médico de la familia, clínicas estomatológicas, centros de higiene y epidemiología

y demás instituciones nos ha permitido contar con un sistema para la formación de recursos humanos en salud único en América Latina.

Estimamos que la principal acción en este período e incluso el hecho más trascendental y de mayor connotación en el Sistema Nacional de Salud, tuvo lugar en 1984 cuando se instituye el nuevo modelo de atención primaria, basado en el médico y la enfermera de la familia, en cuyo desarrollo se aplican de manera creadora y ajustadas a las condiciones económicas, políticas y sociales de Cuba, los principios de la atención primaria proclamados en la Conferencia de Alma-Ata en 1978. Sus acciones priorizan la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, el tratamiento de las nosologías cuya atención es propia del nivel primario y la rehabilitación que no requiera atención especializada (10). Este médico participa en la atención de la comunidad, de las familias y el individuo y está vinculado a un policlínico que mantiene nexos con hospitales clínico-quirúrgicos, pediátricos y ginecoobstétricos (11-12).

El médico y la enfermera de la familia han venido a rescatar la dimensión verdaderamente humana de la medicina, por cuanto parte del principio de atender al hombre en su medio natural, en la comunidad donde vive y en el colectivo donde trabaja y estudia y lo evalúa integralmente en interacción con el ambiente en que se desenvuelve. Su formación requiere que se enfatizen estos conceptos del nuevo modelo cubano de atención primaria y no se limite al aspecto puramente profesional y curricular (13). No obstante, fue necesario plantearnos un nuevo plan de estudio de medicina (14) que responda a las tareas y problemas de salud que debe enfrentar el futuro médico; se basa en su educación integral, multilateral y armónica, con sólidos conocimientos y dominio de los modos de actuación para su desempeño profesional. La experiencia metodológica acumulada en la elaboración de este plan sirvió posteriormente para la elaboración de nuevos planes de estudio en estomatología y licenciatura en enfermería.

En esta década comienzan las carreras universitarias de enfermería, estomatología y, a finales de los ochenta, de tecnología de la salud, en la modalidad de cursos por encuentros para los técnicos de salud y enfermeros.

Conceptualizamos las carreras en ciencias de la salud con un fundamento sociobiológico, donde se promueve la salud, se previene la enfermedad y se ejerce a plenitud el enfoque clínico-epidemiológico y social, para la solución de los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad. Se sustentan en la coordinación e integración de los contenidos de las diferentes asignaturas, propiciando la vinculación básico-clínica y el establecimiento de estancias en las disciplinas clínicas propias de cada carrera, incrementando de modo paulatino el desarrollo del proceso docente en las propias unidades del nivel primario de atención.

Basamos la organización curricular en el principio, ya establecido por José Martí en el siglo pasado, del estudio-trabajo, a través de la con-

solidación de la educación en el trabajo como forma principal de la enseñanza en el ciclo clínico y como elemento básico de la integración docencia-servicio-investigación; así como en la identificación y control de la adquisición de las habilidades intelectuales, diagnósticas, terapéuticas y de atención de enfermería.

Enfocamos la enseñanza a solucionar los problemas de salud de acuerdo con los niveles de responsabilidad que tendrá ese técnico o profesional al egresar, con una profunda articulación de los estudios del pre y posgrado.

En el momento actual nuestros centros se encuentran enfrascados en un perfeccionamiento continuo y sistemático de los diferentes currículos, consolidando el empleo de los métodos activos de enseñanza y la incorporación progresiva y sistemática del uso de la computación en el proceso de enseñanza-aprendizaje; la consolidación de la educación en el trabajo; el fortalecimiento de las estancias médico-sociales; el perfeccionamiento de la integración servicio-cátedra y su pirámide docente-asistencial, tanto en los equipos de salud multidisciplinarios del nivel primario, como en los grupos básicos de trabajo de los hospitales, de manera que se propicie la enseñanza tutorial y en cascada —en la cual cada miembro del equipo enseña a los del nivel precedente, y todos aprenden de todos; el desarrollo de los medios técnicos de enseñanza, a través de la utilización de simuladores y materiales audiovisuales, así como la elaboración de libros de textos por colectivos de autores cubanos.

Si importante resultan los procesos de formación, también lo son los relacionados con la especialización ulterior mediante los cursos posbásicos y el régimen de residencias de los médicos y estomatólogos. En este sentido, ha repercutido en forma muy positiva la jerarquización de las residencias por los Centros de Educación Médica Superior.

La gran masa de médicos de familia que se gradúa cada año introdujo un reto: ¿cómo se puede especializar a estos profesionales para que mantengan, al propio tiempo, su carácter generalista, su vinculación con la atención primaria? Surge entonces un nuevo tipo de residencia, la Medicina General Integral, que permite la especialización de estos médicos de familia y en la que se materializa el enfoque social de la atención médica y se destaca, como elemento más novedoso, la presencia de un profesional de alto nivel científico técnico que reside o trabaja en los propios colectivos humanos de cuya salud es responsable (15). Estos especialistas pueden, posteriormente, realizar una segunda especialidad en alguna de las 51 especialidades médicas reconocidas en el país.

A partir de la generalización del médico y la enfermera de la familia (en estos momentos el 57% de la población está atendida por este modelo de atención primaria), se produjo un vuelco en el trabajo del Área de Docencia del Ministerio de Salud Pública, en el que se amplió el pensamiento estratégico y se abrió paso a un enfoque sistémico, abarcador, en

que la docencia y el desarrollo de los recursos humanos de salud se plantea de manera integral, desde la planificación hasta la ubicación del graduado y su utilización, evaluación y superación, cuyos problemas y su solución se identifican y atienden conjuntamente con las áreas de asistencia médica, de higiene y epidemiología y de ciencia y técnica. Un ejemplo reciente lo constituye la Comisión de Becas del Ministerio de Salud Pública, formada por representantes de las distintas áreas y cuyas funciones se han orientado hacia el análisis de la pertinencia de la beca, la selección de los candidatos idóneos y los centros de excelencia donde realizarán sus estudios, la valoración de los resultados y la formulación del seguimiento y multiplicación de las becas.

Evaluación o monitoreo

Un análisis sistémico significa la existencia de una supervisión, de una evaluación que permita la retroalimentación para el ulterior perfeccionamiento. Dicha evaluación intrínsecamente forma parte del propio proceso, no va separada de él, la efectúan los propios ejecutores del proceso, y constituye uno de los aspectos más complejos. Estimamos que no pueden desligarse la evaluación de los servicios de salud y el monitoreo del proceso docente, ya que ambos se desarrollan en nuestro contexto integralmente y en los mismos espacios.

En esta década se han ido desarrollando vías para el perfeccionamiento de la evaluación de los procesos docentes. Se ha trabajado en la realización de exámenes prácticos en las estancias de medicina, exámenes teórico-prácticos en el internado y exámenes integrales como culminación de los cursos de técnicos de la salud. Estimamos que una formación con calidad de los recursos humanos en salud debe conllevar la evaluación del desarrollo de las habilidades sensorceptuales, diagnósticas, terapéuticas, los modos de actuación y el desempeño profesional. Se ha comenzado la aplicación del principio de la evaluación externa o cruzada (16-17) y se están dando los pasos necesarios para introducir el examen estatal al culminar los estudios universitarios.

LA INVESTIGACION COMO EJE INTEGRADOR DE LA DOCENCIA Y LA ASISTENCIA

El concepto de que no hay verdadera enseñanza universitaria sin investigación está presente cada vez más en el trabajo de todas nuestras instituciones docentes (18) y especialmente en los servicios de salud, donde tienen lugar las acciones de atención médica y de docencia. Tenemos en marcha un fuerte programa de investigaciones en salud, que demanda cada vez más un personal de alta calificación científico-técnica. Se trabaja para

que nuestras universidades y facultades de ciencias médicas se constituyan en verdaderos centros de investigación a la vez que juegan un importante papel en la formación de estos profesionales, necesario para los planes de desarrollo en los servicios y en la investigación.

En la experiencia de Cuba el éxito de las investigaciones y su papel determinante en la calidad de los procesos educativos y de atención en salud está dado principalmente por tres elementos:

- Conformación de equipos multidisciplinarios a los que se les brinda, de acuerdo con las posibilidades, la mayor prioridad en recursos humanos y materiales.
- Esclarecimiento del proyecto científico, a partir de las necesidades nacionales e intereses territoriales y su relación con otras investigaciones.
- Establecimiento de una amplia y real comunicación e interacción entre los diferentes grupos de investigadores, así como una voluntad a acción conjunta de las máximas instancias de dirección en las instituciones participantes.

En el conjunto de medidas emprendidas, las investigaciones bio-médicas, como eje de la integración básico-clínica, han sido un punto de partida para que la investigación, tal como la hemos universalizado, se convierta en eje integrador de la docencia y la asistencia (19-20) y se constituya en uno de los factores esenciales para elevar la calidad de la asistencia y de la formación de recursos humanos.

Ha sido estimulante ver a los anatomistas, embriólogos y bio-químicos de la Universidad junto a ginecoobstetras, pediatras y otros integrantes de las instituciones de salud, conformando grupos de investigadores en el Programa de Salud Materno-infantil en áreas priorizadas como la nutrición, las malformaciones congénitas y la hipoxia del recién nacido, por solo mencionar algunos ejemplos, y observar como estos profesores de ciencias básicas se sienten por primera vez verdaderamente realizados profesionalmente al abrirse un campo ilimitado de desarrollo. Por otro lado, los médicos asistenciales, del área clínica, profundizan científicamente en el campo de las ciencias básicas, haciendo posible una incalculable fuerza de recursos humanos capaces de modificar los indicadores de salud alcanzados, a la vez que la propia enseñanza universitaria y su claustro se perfeccionan y enriquecen en la medida que se eleva el nivel científico de los profesores.

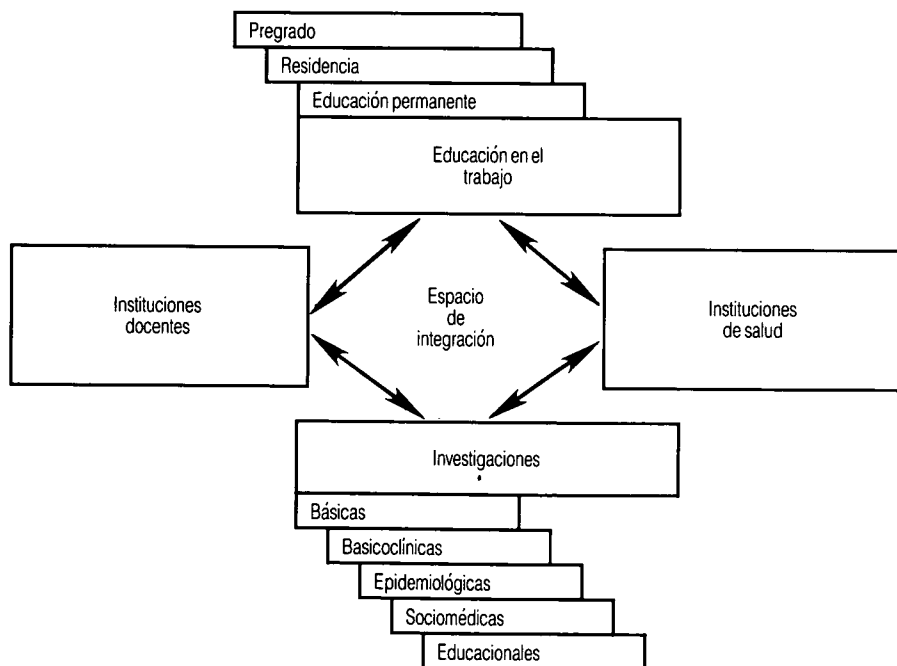
Independientemente de las limitaciones económicas, como parte de la estrategia de desarrollo futuro del país, se han priorizado los programas de biotecnología, producción de medicamentos y de equipos médicos, así como las investigaciones médico-sociales, epidemiológicas y educacionales en salud en las que los Centros de Educación Médica Superior y los Institutos Politécnicos de la Salud, componentes del complejo de salud

(Facultad-Hospital-Policlínico-Politécnico) se convierten en importantes centros de desarrollo científico del territorio en que se encuentran enclavados; aspecto este que, además, se refuerza por la realización de investigaciones conjuntas de las universidades con los diferentes ministerios e instituciones lo que ha sido, sin lugar a dudas, un elemento integrador y de desarrollo científico en nuestro país. Las universidades y facultades de ciencias médicas, como parte del Sistema Nacional de Salud, han logrado una integración real con las instituciones asistenciales y científicas, en la medida que han desarrollado exitosamente investigaciones sobre los principales problemas de salud del territorio y cuando se han acometido acciones conjuntas en la educación en el trabajo, la capacitación y el perfeccionamiento de los trabajadores de salud, creando verdaderos espacios de integración docente-asistencial-investigativa (figura 5).

PERSPECTIVAS A LAS PUERTAS DE UN NUEVO SIGLO

En la década de los noventa la mayoría de los países de América Latina estarán obligados a redefinir sus estrategias de desarrollo y hacer frente a los graves problemas sociales y económicos que se fueron acumulando durante los años ochenta, con un elevado endeudamiento exterior y un alto costo social para nuestros sufridos y empobrecidos pueblos.

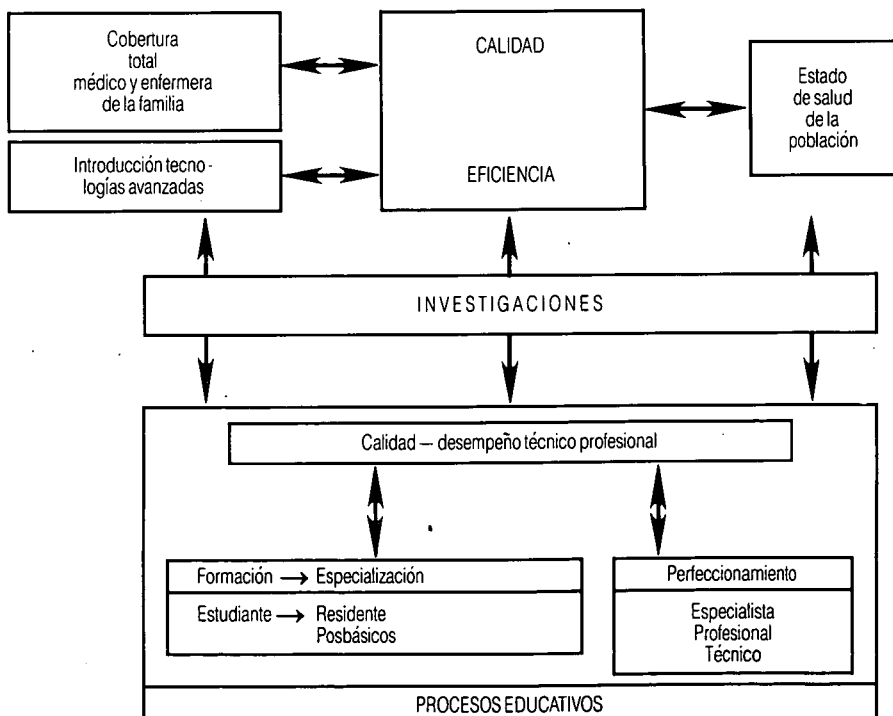
FIGURA 5. Integración de las instituciones docentes y asistenciales.



En estas circunstancias, agravadas por el recrudecimiento del bloqueo económico sobre nuestro país y la situación en los países de Europa del Este, Cuba arriba a la década del 90 con los indicadores establecidos por la OMS para el año 2000 cumplidos y con un completo sistema de atención médica y de formación de recursos humanos en salud. Es en este contexto, contando con recursos humanos (6) y materiales como nunca antes, que pudieran ser un sueño para la mayoría de los países del Tercer Mundo, nos planteamos continuar elevando aún más la calidad de vida de nuestro pueblo, como parte de la estrategia de que Cuba se convierta en una potencia en salud a nivel mundial. En este sentido será importante jerarquizar a un nivel cualitativamente superior dos áreas decisivas: los servicios de salud y los procesos educativos que en ellos se desarrollan. En lo que se refiere específicamente a los servicios de salud los objetivos a priorizar serán (figura 6):

- Alcanzar la cobertura total de la población del país con la red de médicos y enfermeras de familia en la atención primaria, incluyendo la comunidad, centros laborales y educacionales.

FIGURA 6. Objetivos prioritarios de los servicios de salud.



- Continuar la introducción y desarrollo de nuevas tecnologías, tomando como base los avances en áreas como biotecnología, industria médico-farmacéutica, inmunología molecular, trasplantología y la incorporación masiva de la computación, entre otros.
- Desarrollar un efectivo control de la calidad de la atención médica, mediante la construcción de un sistema de indicadores confiables, sensibles y pertinentes que nos permitan evaluar la calidad y eficacia de los servicios.
- Priorizar el enfoque epidemiológico en el análisis y evaluación de los problemas que caracterizan el estado de salud de la población cubana, con predominio fundamental de las enfermedades crónicas no transmisibles y los accidentes, como vía que permitirá una base científica a las políticas de salud.

A partir de estas transformaciones cualitativas, las experiencias obtenidas y las nuevas condiciones en que realizaremos los procesos educativos, se enmarca la estrategia de desarrollo de los recursos humanos en los próximos años y cuyos escenarios posibles consideramos estarán dados por los siguientes elementos:

1. Completar la cobertura total, con técnicos y profesionales, del territorio nacional, fundamentalmente en la atención primaria, con predominio de un personal joven, femenino y especializado y con una gran dispersión dada la accesibilidad de los servicios en todo el país.
2. Determinar que los servicios e instituciones del nivel primario serán el principal espacio de los procesos educativos, con relación a las áreas hospitalarias del segundo y tercer nivel de atención.
3. Romper cada vez más con el modelo flexneriano, haciendo hincapié en la unidad de los procesos educativos en los propios servicios, privilegiándose la integración básico-clínica y el enfoque intersectorial, así como el perfeccionamiento de los métodos activos de enseñanza, las acciones de promoción y prevención y la calidad en el desempeño profesional.
4. Reconocer que las instituciones docentes (facultad, politécnicos y escuelas de capacitación), de acuerdo con la planificación estratégica hasta el año 2000, alcanzarán un mayor nivel de integración y contarán con matrículas inferiores en pregrado, constituyendo entonces sus tareas principales el desarrollo de investigaciones y las actividades de posgrado, en particular la especialidad de medicina general integral en la comunidad y los procesos de educación permanente de los profesionales, técnicos y demás trabajadores del sector.

Sobre estos principales elementos, que forman parte de un análisis estratégico de los recursos humanos, hemos propuesto los siguientes lineamientos sobre los cuales se han iniciado ya acciones concretas:

5. Perfeccionar la integración docente-asistencial-investigativa, a través de:
 - la consagración de todos los miembros del equipo de salud o grupo básico de trabajo en sus responsabilidades,
 - el desarrollo de las habilidades y los modos de actuación profesionales, la consolidación de los hábitos de estudio y de trabajo independiente fortaleciendo las diferentes actividades de la educación en el trabajo,
 - la aplicación de la enseñanza tutorial en los servicios y unidades acreditadas, y
 - la profundización en el sistema de evaluación de las habilidades clínicas, la realización de exámenes prácticos y externos en las estancias e Internado, el desarrollo de los exámenes estatales y evaluación del desempeño profesional.
6. Profundizar en la educación continua de los trabajadores de la salud mediante:
 - el desarrollo del nuevo enfoque de la educación permanente en salud (8, 21–22) y aplicación del proyecto de desarrollo hasta el año 2000 de la educación permanente del médico y la enfermera de la familia y otros trabajadores de la atención primaria en los sistemas locales de salud (“Proyecto Salto Cualitativo”) (23),
 - la conformación de los Planes Nacionales de Perfeccionamiento Médico y Técnico Profesional a partir de la identificación de las necesidades de aprendizaje, y
 - la implementación del año sabático para los profesionales de la salud.
7. Promover el desarrollo de investigaciones biomédicas, basicoclínicas, sociomédicas, epidemiológicas y educacionales en los centros de formación de recursos humanos en salud así como la realización del estudio prospectivo de la educación en ciencias de la salud en Cuba (24–27), tomando como eje la investigación-acción y la investigación participativa.

COMENTARIO FINAL

La conformación de una estrategia única de planificación y desarrollo de los servicios y recursos humanos en salud, unido a la voluntad política de llevarla adelante con acciones concretas, ha sido decisiva en los resultados alcanzados en nuestro país.

El fortalecimiento de la atención primaria, la formación y especialización del personal necesario en la propia comunidad, el desarrollo de proyectos de investigaciones conjuntas entre instituciones docentes y asistenciales, junto a un sólido y estructurado programa de perfeccionamiento de los trabajadores del sector en sus propios puestos de trabajo, constituyen los principales espacios de integración sin los cuales no pueden alcanzarse resultados superiores en la formación de recursos humanos que den respuesta a cambios en los servicios de salud. Es precondition indispensable para lograr calidad en la docencia que exista calidad y eficiencia de los servicios de salud, entendiéndose por ello: competencia profesional, sensibilidad humana y un alto grado de compromiso social, pilares fundamentales para lograr un sistema de atención de salud del más alto nivel científico-técnico.

El desarrollo de investigaciones biomédicas, basicoclínicas, sociomédicas, epidemiológicas y educacionales que respondan a las principales necesidades de cada territorio es un elemento integrador de los procesos docentes y de atención de salud, que constituye una altísima prioridad. En este sentido revisten gran importancia las investigaciones educacionales, particularmente las de carácter prospectivo, que ofrecen la posibilidad de crear un futuro deseado teniendo en cuenta las condiciones y los resultados alcanzados en cada institución y en el país en el desarrollo de los recursos humanos en salud.

REFERENCIAS

- 1 Castro, F. *La historia me absolverá*. La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, 1983.
- 2 Ministerio de Salud Pública. *La medicina en la comunidad en Cuba*. La Habana, 1975.
- 3 Ministerio de Salud Pública. *Fundamentación para un nuevo enfoque de la medicina en la comunidad*. La Habana, 1976.
- 4 Castro, F. Conclusiones en el Claustro Extraordinario de Profesores del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (11 de junio de 1982). La Habana, Editora Política, 1982.
- 5 Castro, F. Clausura del Claustro Nacional de Ciencias Médicas (23 de abril de 1983). La Habana, Editora Política, 1983.
- 6 Serrano, M. M., Jardines, B. J. y Aneiros-Riba, R. Contribución de Cuba al desarrollo de la fuerza de trabajo en salud en países en vías de desarrollo. Trabajo presentado en la Conferencia Integrada "Universidad Latinoamericana y Salud de la Población". La Habana, Cuba, junio 3-7 de 1991.
- 7 Teja, J. Discurso de apertura de la Conferencia Integrada "Universidad Latinoamericana y Salud de la Población". La Habana, Cuba, junio 3 de 1991.
- 8 Oubiña, J., Jardines, J. B., Ceballos, J. J., Aneiros-Riba, R. y Serrano, M. M. Estrategia para la educación permanente del médico y la enfermera de la familia y otros trabajadores de la atención primaria de salud en Cuba. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 87. Educación Permanente de Personal de la Salud, Fascículo X: Propuestas de Trabajos en Contextos Específicos. Washington, D.C., OPS, 1991, pp. 57-110.
- 9 Organización Panamericana de la Salud. Programa de Desarrollo de Recursos

- Humanos en Salud. Educación permanente de personal de salud en la Región de las Américas. Propuesta de Reorientación, Washington, D.C., agosto 24 de 1987.
- 10 Gilpin, M. Update-Cuba: On the Road to a Family Medicine Nation. *J Public Health Policy* 12(1):83-103, 1991.
 - 11 Ministerio de Salud Pública. Dirección de Atención Ambulatoria. Programa de trabajo del médico y la enfermera de la familia, el policlínico y el hospital. La Habana, 1986.
 - 12 Ministerio de Salud Pública. Experiencia cubana del médico de la familia. La Habana, 1987.
 - 13 Chorny, A. H. El enfoque estratégico para el desarrollo de los recursos humanos. *Educ Med Salud* 24(1):27-51, 1990.
 - 14 Ilizastigui, F., Douglas, R., Calvo, I. *et al.* El programa director de la medicina general integral para el médico general básico (Propuesta). Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, 1985.
 - 15 Ministerio de Salud Pública, Dirección de Especialización. Programa de especialización de medicina general integral. Sistema docente. La Habana, Cuba, 1989.
 - 16 Salas, R. S., Méndez, G. y Aneiros-Riba, R. Evaluación de la competencia clínica de los internos en la atención primaria y otros servicios de salud. Trabajo presentado en la Conferencia Integrada "Universidad Latinoamericana y Salud de la Población". La Habana, Cuba, junio 3-7 de 1991.
 - 17 Salas, R. S., Méndez, G., O'Farrill, E., Colunga, C. y Aneiros-Riba, R. Evaluación en los servicios de salud de las habilidades clínicas de los estudiantes del tercer año de medicina. Trabajo presentado en la Conferencia Integrada "Universidad Latinoamericana y Salud de la Población". La Habana, Cuba, junio 3-7 de 1991.
 - 18 CRESALC-UNESCO. La educación superior en Cuba. Texto preparado por el Departamento de Estudios para el Perfeccionamiento de la Educación Superior de la Universidad de La Habana. Caracas, 1985.
 - 19 Jardines, J. B. y Oubiña, J. Investigaciones en el desarrollo de los recursos humanos de salud en Cuba: 1990. Trabajo presentado en la Reunión Subregional del Grupo de Trabajo sobre Investigación en Apoyo de Procesos Educativos en Salud. Antigua, Guatemala, abril 23-27 de 1990.
 - 20 Salas, R. S. Informe Final de un Grupo Regional de Trabajo sobre Investigaciones en Apoyo a los Procesos Educativos. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 87. Educación Permanente de Personal de la Salud, Fascículo X: Propuestas de Trabajos en Contextos Específicos. Washington, D.C., OPS, 1991, pp. 25-56.
 - 21 Informe Final del Taller Nacional Nuevos Enfoques del Perfeccionamiento Médico en Cuba. La Habana, noviembre 13-15 de 1989.
 - 22 Oubiña, J. y Jardines, J. B. Estrategia de Cuba para la reorientación de la educación permanente del médico y la enfermera de la familia y otros trabajadores de la atención primaria en los sistemas locales de salud. Trabajo presentado en la Reunión del Grupo de Trabajo Regional sobre Investigaciones Educativas en Salud. Topes de Collantes, Cuba, noviembre 5-9 de 1990.
 - 23 Jardines, J. B., Oubiña, J., Ceballos, J. J., Alvarez, A., Aneiros-Riba, R., Ardanza, P. y Serrano, M. M. Proyecto de desarrollo hasta el año 2000 de la educación permanente del médico y la enfermera de la familia y otros trabajadores de la atención primaria en los sistemas locales de salud ("Proyecto Salto Cualitativo"). Trabajo presentado en la Conferencia Integrada "Universidad Latinoamericana y Salud de la Población". La Habana, junio 3-7 de 1991.
 - 24 Jardines, J. B. y Oubiña, J. Estudio prospectivo de la educación en ciencias de la salud en Cuba. Trabajo presentado en la Conferencia Integrada "Universidad Latinoamericana y Salud de la Población". La Habana, junio 3-7 de 1991.
 - 25 Aneiros-Riba, R., Jardines, J. B., Oubiña, J., Serrano, M. M., Alvarez, A., García, A. y Soto, J. Estudio prospectivo de la educación médica en Cuba. Trabajo presentado en la Conferencia Integrada "Universidad Latinoamericana

- y Salud de la Población". La Habana, junio 3-7 de 1991.
- 26 Companioni, F. Prospectiva de la educación estomatológica en Cuba. Trabajo presentado en la Conferencia Integrada "Universidad Latinoamericana y Salud de la Población". La Habana, junio 3-7 de 1991.
- 27 Bello, N., Casas, H., Páez, J., Rodríguez, L., Ermeso, M. y Rivalta, C. Análisis prospectivo de la formación del licenciado en enfermería en Cuba. Trabajo presentado en la Conferencia Integrada "Universidad Latinoamericana y Salud de la Población". La Habana, junio 3-7 de 1991.

PERSPECTIVAS DE LA PROFESION DE ENFERMERIA EN EL CONTEXTO DE LA META DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000 PROSPECTIVA DE LA ENFERMERIA EN MEXICO

María Elena Valdez de Reyes¹ y María Alberta García Jiménez²

INTRODUCCION

La crisis económica que viven los países de Latinoamérica tuvo su máxima expresión en la década que acaba de concluir, y que determinó cambios en la organización social y política, y tuvo efectos profundos en las formas de vida de los individuos y las comunidades. Este fenómeno que se manifestó principalmente en menores ingresos de la población para la satisfacción de sus necesidades básicas (como alimentación, vivienda, educación y recreación), despertó una mayor conciencia sobre sus derechos, entre ellos el derecho a la salud.

Alcanzar la meta de salud en los albores del próximo milenio, presupone el esfuerzo y la participación de todos los sectores y una gran disponibilidad de recursos; no es posible esperar cambios acelerados a corto plazo en el panorama económico que por sí mismos resuelvan o mejoren las deterioradas condiciones de vida y salud que enfrentan grandes núcleos de población y cuya intensidad ya es posible dimensionar en el presente, sin que esto muestre un rostro seguro para el futuro. Reconocer la magnitud del problema es la mejor forma de enfrentarlo.

Los cambios estructurales llevados a cabo en el sector salud que aseguran el acceso de los habitantes de todas las regiones, incluidas las más

¹ Presidenta de la Federación Nacional de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería A. C., México. Profesora de la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Juárez del Estado de Durango.

² Ex-Coordinadora de la carrera de Enfermería, Profesor Asociado, Universidad Autónoma Metropolitana Xoch, México.

apartadas, a los servicios son, sin duda, una de las estrategias más acertadas para enfrentar esta situación. Corresponde a los recursos humanos hacer eficiente esta estructura.

En este contexto es que los recursos humanos de enfermería tienen particular importancia por su fuerte inserción en los servicios de salud. Los cambios experimentados en su práctica durante el proceso histórico lejos de hacerla ajena a las necesidades de salud lograron una mayor identificación con las comunidades, permitiendo que todo el conocimiento acumulado en el florecimiento de su práctica comunitaria y hospitalaria hoy en día puedan volcarse en una atención de mejor calidad en un nuevo sistema de salud.

Los sistemas locales de salud son el ámbito natural para la realización de las funciones de la enfermera y buscan la participación amplia en el primer nivel de atención, utilizando la estrategia de la atención primaria como un medio para lograr la extensión de la cobertura de los servicios encaminada hacia el logro de la meta de salud para todos en el año 2000.

Corresponde a los centros formadores la responsabilidad de orientar el proceso de aprendizaje en este marco de referencia y participar en el diseño de nuevos modelos de atención que permitan una entrega de servicios más eficiente.

El trabajo aquí presentado pretende hacer una reflexión sobre las perspectivas que la enfermería tiene en el contexto que rodea la meta de salud propuesta para el año 2000; para ello, utilizando el proceso de planificación, se hace una descripción de las condiciones del mercado de trabajo y la formación de recursos, con una óptica retrospectiva, hasta llegar a la situación actual; de esta manera se presenta un análisis que permite tener una base prospectiva sobre la cual planificar la función de enfermería en la última década de este siglo y el inicio del siglo XXI.

La similitud de origen de la enfermería en los países latinoamericanos es la mejor base para presumir que la situación actual también tiene elementos de coincidencia, por lo que consideramos que algunos aspectos de esta propuesta pueden ser tomados en cuenta en la planificación de recursos en enfermería de otros países.

ENTORNO ECONOMICO

Hacer hoy día un análisis de la situación, cualquiera que sea el aspecto que deba abordarse, nos obliga a enmarcarlo necesariamente en la crisis económica que ha afectado en las últimas décadas con gran intensidad a los países de la región.

Es también esta situación de crisis la que ha promovido los procesos democráticos que se han dado en la mayoría de los países del Con-

tinente, con lo cual la población recupera la expectativa de que las naciones encontrarán una vía para el desarrollo de sus economías que les permita alcanzar un punto de estabilidad y un crecimiento real.

Es en este contexto que el proceso económico de nuestro país tuvo un crecimiento acelerado, sobre todo a partir del impulso a la industrialización iniciada en 1955, lo que requería de grandes inversiones y que originó un fuerte endeudamiento externo que culminó en la crisis de 1982.

Esta situación de crisis repercutió, como era de esperar, en los grupos más desprotegidos, los cuales incrementaron su número al disminuir el empleo y reestructurarse el sector público.

Este fenómeno de crisis tuvo un impacto significativo sobre los servicios, ya que proporcionar empleo, educación y salud a toda la población requiere de fuertes inversiones, tarea difícil para un Gobierno que encara un déficit en la balanza de pagos y un marcado descenso en su Producto Interno Bruto.

La mejoría en la distribución de ingreso conseguida durante el desarrollo compartido (1970–1976) se pierde literalmente durante la crisis, cuando el salario real pierde su poder adquisitivo, mientras que el porcentaje de la población económicamente activa desempleada se quintuplica. Toda esta situación tiene un costo social imposible de determinar.

Según la teoría de las expectativas de Catona, esta crisis tuvo, y mantiene, no solo un efecto material sino también un efecto psicológico en el comportamiento del consumidor, ya que el individuo disminuyó el número de compras afectando así la producción de mercancías.

Las manifestaciones más evidentes se encuentran en la disminución de los niveles de vida de grandes sectores de población que han sufrido y no recuperan su poder de compra, con el consecuente deterioro en sus condiciones de vida y salud. Actualmente existe un importante Programa de Estabilización; sin embargo, el crecimiento del PIB se ve afectado por la variación en los precios del petróleo y las tasas de interés a nivel internacional.

El programa del actual Gobierno para enfrentar la crisis y recuperar su economía, se basa en un principio de crecimiento con mayor justicia y equidad mediante la modernización de la producción en todos los sectores, la reprivatización de la banca y las empresas no prioritarias, con las reformas necesarias al Estado y una apertura general en la economía.

Un acuerdo de Libre Comercio entre México, Estados Unidos y Canadá significa la entrada del primero al mercado más grande del mundo, al cual se enfrenta con una serie de beneficios y costos entre los que podemos anotar: inversiones de capital, introducción de tecnología, aumento de empleos, cambios en las formas de producción, alteraciones de los patrones culturales y reformas jurídicas.

La Reunión Cumbre de los Países Iberoamericanos, celebrada recientemente en la Ciudad de Guadalajara, México, abre las puertas a la

integración de los países de este Continente, los cuales, reconociendo los lazos geográficos e históricos que los unen, se proponen participar en un sistema multilateral de comercio mundial a fin de garantizar una economía global abierta. En los acuerdos se menciona que se otorgará atención especial a la salud preventiva de nuestros pueblos y se propondrá a los organismos internacionales de crédito que presten su ayuda a los países de la región en sus planes agrarios, con el propósito de que se aumente la productividad. Se concluye que "se contribuirá en forma decisiva a la elevación del nivel de vida de 460 millones de hombres y mujeres" (1).

SITUACION DE SALUD

La salud es, sin duda, uno de los aspectos más vulnerables a la situación de crisis, reflejándose en los cambios del perfil epidemiológico de la última década. Los mejores niveles de vida alcanzados por los mexicanos tuvieron algunos efectos positivos en las condiciones de salud ya que lograron disminuir significativamente las tasas de mortalidad y aumentar la esperanza de vida. Para 1980 el país contaba con 70 millones de habitantes y según las cifras estimadas en el último censo de población actualmente tiene más de 81 millones. Su crecimiento ha sido moderado, predominando los jóvenes (43% menores de 15 años). La mayor parte reside en zonas urbanas, algunas de ellas de alta contaminación como el Distrito Federal en las cuales los servicios se distribuyen irregularmente, con un riesgo constante para la salud.

Los indicadores de mortalidad y morbilidad han mostrado algunas variantes, ya que para la década anterior todavía eran las enfermedades infecciosas las principales causas de mortalidad y las tasas mantenían un nivel más elevado. En los últimos 10 años la mortalidad general ha mostrado una disminución sostenida hasta llegar en 1986 a 5 por cada 1000 habitantes; lo que es preocupante aún es la mortalidad infantil que se registra en 23,6 defunciones por cada 1000 nacidos vivos, la cual podría elevarse hasta 40 defunciones, si los registros fueran mejores.

Las defunciones por enfermedades cardiovasculares se sitúan en primer lugar con una tasa de 64,2 por cada 100 000 habitantes. Entre otras causas de muerte en orden de importancia están los accidentes con una tasa elevada de 55 por 100 000 habitantes, seguida por tumores malignos, enfermedades infecciosas intestinales, diabetes mellitus, influenza y neumonía, enfermedades cerebrovasculares y homicidios. Aparentemente las enfermedades producto de la vida moderna han tomado un lugar muy importante.

En la mortalidad infantil, que es un indicador de primer orden para valorar la situación de salud, la principal causa se refiere a las afecciones originadas en el período perinatal. En cuanto a la mortalidad ma-

terna en primer lugar se encuentran las toxemias y las hemorragias del embarazo y del parto (6,4 por 10 000 nacidos vivos).

Algunas enfermedades transmisibles prevenibles por vacunas todavía representan un problema, tal es el caso del tétanos y la tuberculosis. Han disminuido los casos de poliomielitis, sarampión y tos ferina; sin embargo, la aparición del SIDA en algunas entidades del país es alarmante por su rápida expansión. La malaria y el dengue muestran tendencia a aumentar (2).

Existe prevalencia de otras enfermedades que aunque se presentan en menor número de casos son problemas de salud pública en algunas regiones, como las leishmaniasis cutáneas y la enfermedad de Chagas. Otro de los problemas que identifican el perfil de salud son el consumo de diferentes tipos de drogas, que afectan sobre todo a grupos de población joven.

En esta última década el perfil epidemiológico se caracteriza por la presencia de enfermedades degenerativas de la tercera edad, el aumento en la esperanza de vida, que en la actualidad se encuentra cerca de los 70 años, y que, aunque se considere un indicador de mejores niveles de salud de la población, también es factor de una mayor demanda de servicios, principalmente de salud y consumo que debe agregarse a la débil población económicamente activa.

Los efectos de esta crisis sobre la salud apenas si inician sus manifestaciones más graves; entre estas se hace evidente un estado de desnutrición de tipo crónico en un sector de la población sujeta a una privación constante de satisfacciones que ocasionan problemas en el desarrollo de la persona y limitan su participación en la producción. Otro de sus efectos son los elevados casos de neurosis y otros trastornos que inciden en la salud mental.

LOS SERVICIOS DE SALUD

Es en este escenario que surge y adquiere importancia la transformación en los servicios de salud que ha experimentado México en la última década, la cual abarcó "tanto el nivel macro, como el micro, en el primero se llevaron a cabo modificaciones de las bases legales, económicas, sociales, políticas, y estructurales del sistema de salud. Y en el nivel micro lo correspondiente a la organización de los servicios en cada establecimiento y programa en donde la población y el sistema de salud entran en contacto directo" (2).

El aumento en la demanda de los servicios de salud, generada tanto por el crecimiento de la población y por la política del Estado de ampliar la cobertura de los mismos, propicia la consolidación del Sistema Nacional de Salud en 1981, "creándose para ello, en primera instancia la

coordinación de servicios de salud de la Presidencia de la República Mexicana, con la misión expresa de definir los elementos normativos, administrativos, financieros y técnicos necesarios para la integración de los servicios públicos de salud en un Sistema Nacional que diera cobertura a toda la población" (3) y que garantizara el derecho a la salud de los mexicanos, iniciativa del Ejecutivo Federal en 1983, que reforma la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo IV.

El Sistema Nacional de Salud integra todas aquellas dependencias y entidades que prestan servicios de salud a la población. Es la Secretaría de Salud a quien corresponde de acuerdo con la ley de la Administración Pública, la planeación, normatización y evaluación de este sistema.

Las funciones básicas del Sistema Nacional de Salud son: la atención médica, la salud pública y la asistencia social. Para dar satisfacción a la demanda y responder al propósito de ampliar la cobertura de los servicios, se consideró imprescindible reorganizar la atención médica, como se expresa en el Programa Nacional de Salud 1984-1988, donde se establece la creación de tres niveles de atención interrelacionados y a los que se les asignan funciones específicas en cuanto al tipo de servicios que deben prestar, así como los recursos humanos, materiales, físicos y financieros para su funcionamiento.

A fin de que haya congruencia entre las demandas de la población y la estructura organizativa mencionada, la Secretaría de Salud ha elaborado un Programa Nacional de Salud para el período de 1990-1994 en el cual se establece como políticas:

1. El fomento de la cultura de la salud.
2. El acceso universal a los servicios de salud con equidad y calidad.
3. Prevención y control de enfermedades y accidentes.
4. Protección del medio ambiente y saneamiento básico.
5. Impulso a la asistencia social.

Todos los cambios estructurales necesarios para la integración del Servicio Nacional de Salud tuvieron como marco de referencia el cumplimiento del compromiso con la meta de salud para todos en el año 2000.

La ampliación de la cobertura mediante la estrategia de atención primaria de salud es posible por la operación de los Sistemas Locales de Salud; con lo cual se apoyó la descentralización de la administración en esta materia. Esto permitió que cada entidad federativa organice los servicios de salud, tomando como base una normatividad central y atendiendo un rango poblacional específico con el requisito de atender las características de escalonamiento, a través de la referencia y contrarreferencia.

Es así que para el funcionamiento del primer, segundo y tercer nivel de atención se especifica la constitución, organización, objetivos y características desde la casa de salud, unidad auxiliar de salud, centro de salud rural para población dispersa, centro de salud rural para población

concentrada y el centro de salud urbano para el primer nivel; las unidades hospitalarias con cuatro servicios básicos para el segundo nivel y de los hospitales de especialidad y el Instituto de Salud en el tercero.

La seguridad social varía sus criterios de población, así como sus denominaciones para el establecimiento de unidades; por ejemplo, para un hospital general la población atendida deberá ser mayor de 40 000 habitantes y para los hospitales generales poblacionales de 100 000 a 150 000 habitantes.

Los centros médicos nacionales con atención de alta especialidad de tercer nivel, en todos los casos están destinados a cubrir la población de todo el país mediante la referencia de los hospitales regionales.

Actualmente la cobertura de los servicios de salud es de 94%, distribuyéndose de la siguiente forma: 54,9% de la población recibe atención de la seguridad social, el 35,1% es atendida por instituciones para población abierta, el 4,3% acude de manera permanente a los servicios privados y el 6% no tiene acceso fácil a las instituciones permanentes del sistema (4).

Alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 requirió, no solo la creación de un mayor número de unidades de atención, sino llevar a cabo cambios estructurales y legales que garantizaran el derecho a la salud.

SITUACION DE LA ENFERMERIA EN MEXICO

La realización de un diagnóstico general de la situación de enfermería constituye un elemento básico para determinar la problemática de la profesión y sus perspectivas de desarrollo en el contexto de la meta SPT/2000.

Una síntesis del proceso histórico social aporta suficientes elementos de juicio para analizar la situación presente y con esta referencia visualizar expectativas congruentes con su futuro. Es en este proceso que el mercado de trabajo se transforma y se determina la oferta de los recursos y sus características. Recuperar espacios en los cuales la enfermería ha tenido experiencia anterior y abordar otros necesarios pueden ser alternativas viables a su desarrollo.

LA PRACTICA Y EL MERCADO DE TRABAJO

Analizar el mercado de trabajo es un aspecto importante ya que es este el que en gran medida ha determinado el tipo de práctica de la enfermería, en diferentes etapas de su historia.

El mercado de trabajo en un país en desarrollo trae como consecuencia entre otros problemas, indefinición y poca especificación en las

actividades de las diferentes profesiones y ocupaciones; es en el sistema de producción capitalista cuando se empieza a estudiar el mercado de trabajo y es en ese momento que se conceptualiza el mercado de trabajo en salud, por la compra y venta de fuerza de trabajo que ocurre en él.

La enfermería ha ido evolucionando como fuerza de trabajo, en relación con el proceso histórico ocurrido en la sociedad. Estas modificaciones afectan de manera decisiva el campo de acción y la definición del profesional. Surgió de manera liberal e independiente a la práctica médica y tuvo su propio *statu quo*. En la época prehispánica, se tienen antecedentes que era de tipo comunitario, domiciliario sobre todo en atención materno-infantil y sus técnicas consistían en simples procedimientos caseros.

La época colonial, cuando prevalece la ideología religiosa y el enfoque hospitalario, se caracteriza más por ser una ayuda espiritual que técnica, y, por tanto, no era necesaria una formación académica.

En este siglo la enfermería evoluciona de manera acelerada, mas esta evolución no concuerda con las necesidades sociales sino con un mercado de trabajo que demanda puestos por cubrir, lo que hace necesaria una preparación; esta decisión es tomada por el grupo médico con una clara definición de que la enfermera sea la responsable del mantenimiento, el orden y la disciplina del hospital. El médico también cambia su papel, en este momento la piedra angular del médico y enfermera se centra en un mismo espacio geográfico que es el hospital, con un igual espacio social que es el individuo-paciente como objeto de su saber y de su práctica.

A partir de este momento la enfermería pierde su independencia, entra al mercado de trabajo cautivo y una gran mayoría se concentra en el hospital, sin abandonar totalmente su ejercicio liberal, conservando así su conocimiento empírico.

Al formar parte de un hospital, la enfermera se subordina al grupo de mayor poder, actitud que lleva al médico a considerar necesaria una jerarquización de las labores de la organización. Así surgen varias categorías que ocasionan división del trabajo y del propio grupo de enfermería.

En 1907 se formaliza la preparación de las enfermeras para entrar al mercado de trabajo, cuando se funda la primera escuela de enfermería reconocida; ahí se preparan para una práctica hospitalaria que en ese momento se considera dominante a pesar de sus grandes deficiencias, ya que la enfermera además de realizar las funciones asignadas, paralelamente debía atender al médico (por ejemplo, ayudándole a ponerse la bata). En estas circunstancias la enfermera entra al mercado de trabajo, ocupando las plazas creadas por las instituciones, ya que las condiciones del hospital no eran del todo favorables; en ese momento su desarrollo profesional fue muy limitado.

Matilde Martínez B. en su libro *Sociología de una profesión* relata que "El personal de enfermería vivía en el hospital en un reducido cubículo en el centro de los pabellones; su jornada laboral era prácticamente de 24

horas, porque después de su turno podían ser llamadas para cualquier problema". Esta situación duró casi hasta los años cincuenta lo que en gran parte ocasionó una escasez de personal.

Simultáneamente la enfermera desarrolló otros tipos de práctica que también fueron absorbidos por el mercado de trabajo, ya que este debía cubrir las necesidades prioritarias del momento. Una de las prácticas más importantes fue en el campo de la salud pública. En 1921 el Departamento de Salubridad lanzó un ambicioso programa de saneamiento ambiental en el cual la enfermera se desempeñó como visitadora domiciliaria poniendo énfasis en la educación higiénica, en el control de las enfermedades transmisibles, como la oftalmía purulenta y las enfermedades venéreas, además de promover en la comunidad actividades para mejorar la economía doméstica y la nutrición.

En ese momento fue posible valorar el impacto de su acción en este campo lo que aumentó en forma considerable el mercado de trabajo, con la diseminación de plazas en todo el país, llegando en 1968 a un total de 17 764 enfermeras en esta actividad, según datos de Navarro y Sosa (5).

El declive en esta práctica entre otras razones se debió al cambio de la política nacional, ya que hasta ese momento el sector favorecido había sido el campo y un nuevo rumbo encaminaba la economía hacia la industrialización. Por otra parte, las condiciones de trabajo ofrecidas al personal eran precarias, ya que las mujeres que en su mayoría solo tenían capacitación para esta función vivían en la misma comunidad.

Lo más importante en esta etapa es el desarrollo que a nivel de gestión obtiene la enfermera, ya que se crean puestos de mandos medios y de dirección como fue la Dirección de Enfermería a Nivel Nacional, la cual, antes de su desaparición en los años 70, dio fuerte impulso a la estructura organizativa de los servicios de enfermería.

La práctica de partera fue otro de los espacios que la enfermera tuvo como mercado de trabajo a nivel de demanda y oferta. De 1920 a 1960 dice Flores Ramírez (5) que en las ciudades de provincia solo 20% de los partos eran atendidos por médicos y en el medio rural solo 2%; el resto, eran atendidos por parteras y que, debido a una serie de situaciones entre otras políticas, el grupo médico absorbe esta especialidad, situación que fue favorecida por la creación de instituciones de seguridad social. Cabe hacer notar que la oferta de recursos humanos en este campo era muy heterogénea en su preparación pues existía la enfermera con especialidad de obstetricia y mujeres sin preparación, conocidas como empíricas. Sin embargo, llama la atención que en 1976 esta situación vuelva a tener auge, incluso se promulgó el reglamento de parteras empíricas especializadas y se reconoce la necesidad de promover la capacitación de estas y convertirlas en auxiliares para la salud en obstetricia, con autorización para su ejercicio (6).

Estas contradicciones en la práctica y en la atención de la población ocasionan confusión tanto en las enfermeras como en el usuario, ya que en el medio hospitalario se relega de esta actividad a la enfermera obstetra y en el medio rural se les otorga licencia. Una vez que la enfermera fue cautiva de las instituciones y disminuyó su actividad como obstetra, abandonó casi totalmente su práctica liberal.

Para satisfacer las necesidades de salud era indispensable contar con enfermeras que atendieran a la comunidad y que dentro del hospital continuaran la labor del médico durante las 24 horas. Así, según este sector incorpora en mayor medida algunas prácticas a su perfil, la enfermera pierde oportunidades dentro del mercado de trabajo; a medida que avanza su profesionalización, disminuye su práctica liberal.

La especialización médica generó otro espacio importante dentro del mercado de trabajo, lo cual se refuerza con el crecimiento y consolidación de los servicios del IMSS, ISSSTE, Departamento del D. F. y grandes hospitales de especialización, pues se amplía el número de plazas y se promueve una capacitación técnica de alta especialización, circunstancia que a la fecha persiste.

NUEVAS DEMANDAS EN EL MERCADO DE TRABAJO

La política adoptada por México en materia de salud, tendiente a ampliar la cobertura de los servicios y aumentar su accesibilidad, trata de ser congruente con el Plan Decenal de Salud de las Américas y posteriormente con sus propios planes de desarrollo y de salud; de ahí el surgimiento de programas específicos que durante su operatividad promueven una mayor demanda de acciones de salud que amplían el mercado de trabajo y las perspectivas, aunque limitadas, de crecimiento para la enfermería.

El programa IMSS-COPLAMAR de solidaridad social por cooperación comunitaria, encargado de prestar servicios a la población de escasos recursos en zonas rurales marginadas, contó con apoyo político y una fuerte inversión institucional, llegó a tener unidades en localidades muy alejadas que hasta ese momento no contaban con servicios de salud. Estos puestos en su gran mayoría, por no hablar de su totalidad, fueron atendidos por pasantes de medicina y agentes de la comunidad capacitados para ello.

El Programa Nacional de Salud 1984–1998 consolida el Servicio Nacional de Salud y representa una coyuntura para que la enfermería extendiera nuevamente sus servicios hacia el primer nivel de atención que a la fecha había estado olvidado.

Hasta ese momento el personal de enfermería inserto en las instituciones se clasificaba básicamente en dos categorías (la partera empírica continuaba su ejercicio fuera de ellas), una con preparación escola-

rizada y otra sin ella: la enfermera titulada y la auxiliar de enfermería. Es aquí donde aparecen y participan en el mercado de trabajo correspondiente a la enfermera otro tipo de agentes, como son los promotores de salud y los promotores voluntarios, los que rápidamente se incorporan al primero y segundo nivel urbano una vez que han recibido alguna instrucción.

La apertura de un sistema de salud escalonado y regionalizado que potencialmente debe atender los problemas de salud de la mayoría de la población a través de los Sistemas Locales de Salud constituye una base de organización para que la enfermería participe en los tres niveles de atención, con lo cual el mercado de trabajo se amplía mediante la apertura de plazas en el primer nivel.

Es a través del Programa Nacional de Solidaridad Social que los miembros más marginados de la sociedad se incorporan a los beneficios sociales básicos, entre ellos el de la salud, así como a la productividad, promoviendo la participación de la propia comunidad y el desarrollo de la capacidad para la autogestión, colocando en sus manos la responsabilidad y autoridad para alcanzar la satisfacción de sus necesidades.

La contradicción más notable en esta realidad, es que la demanda de enfermeras persiste para el segundo y tercer nivel, pues el mercado de trabajo ocupacional ha avanzado lentamente en la consecución de nuevos puestos para la enfermera en el primer nivel, sobre todo en lo que se refiere al personal profesional a pesar de que el Programa Nacional de Salud vigente continúa con el impulso de proteger la salud de todos los mexicanos y mejorar los servicios de salud.

“De las 117 620 enfermeras existentes en el país para el año de 1990, 64% se ubican en las instituciones de seguridad social, las que disponían de 1,7 enfermeras por cada 1000 habitantes, mientras que las instituciones encargadas de dar atención a población abierta contaban solo con 1,4” (7). Esta proporción aparentemente cubre la demanda programada de servicios de salud, sin embargo esta es solo una interpretación estadística, si se toma en cuenta que la mayor parte del personal está concentrado en los hospitales y en las áreas urbanas y que la población rural está particularmente atendida por personal con poca capacitación.

Lo descrito anteriormente se refiere a los espacios que ha tenido la práctica de enfermería a través del proceso histórico-social. Para el logro de sus objetivos y metas como profesión es necesario reconocer también algunos aspectos del mercado que afectan de manera directa su desempeño, como son las condiciones de trabajo, jornadas y salarios a que está sujeta la enfermera.

Condiciones de trabajo

El desempeño de la actividad de enfermería tiene como ámbitos principales de acción los establecimientos de los diferentes niveles de aten-

ción, los cuales se han visto seriamente afectados en sus instalaciones y equipamiento por la situación económica. Es el hospital el centro en el cual la enfermera trabaja en mayor número y en donde consume con mayor intensidad su potencial, por lo que las condiciones de higiene y seguridad que privan en ellos tienen efecto sobre su salud y la eficacia de sus acciones.

Para realizar la enfermera su trabajo requiere de instalaciones que reduzcan el desgaste innecesario que producen por ejemplo, las grandes distancias que recorre durante la jornada, por la escasez de equipo y materiales.

Los riesgos de trabajo se han hecho mayores conforme se hacen más complejas las actividades y aumentan las cargas de trabajo; la aplicación de la tecnología en el tratamiento de los enfermos conlleva un mayor número de intervenciones que se traducen en mayor número de tareas para la enfermera. El aumento de la población usuaria es otro factor que ha impactado las cargas de trabajo ya que las nuevas tareas no han sido consideradas en la actualización de los indicadores para la atención de pacientes en los hospitales.

El contacto de la enfermera con una variedad de agentes patógenos y tóxicos, pone en peligro constante su salud. Para proteger esta se requiere del equipo adecuado que brinde mayor seguridad y disminuya los riesgos de trabajo, además de una capacitación constante y una reglamentación que proteja sus derechos en este aspecto.

Las jornadas de trabajo representan también un riesgo, si consideramos su condición de mujer, y el papel asignado por la sociedad para la realización de tareas domésticas, lo que constituye una doble jornada y un desgaste físico importante.

A todo esto podemos agregar otros elementos que forman parte de las condiciones de trabajo y que como hemos mencionado limitan la eficacia del mismo, entre ellos podemos anotar la disponibilidad de espacios para el descanso de la enfermera y sitios privados para la planeación y discusión de su propio trabajo y sobre el tratamiento de los enfermos.

La remuneración económica del personal de enfermería no corresponde al grado de responsabilidad que tiene frente al usuario y los servicios. Al considerar el personal de apoyo en general no existe una sustancial diferenciación entre las distintas categorías dentro de su misma rama, en cambio la distancia salarial con otras es muy significativa. No se han logrado mejoras en los salarios por comparación.

FORMACION DE RECURSOS DE ENFERMERIA

El recurso de enfermería es un eslabón de la atención en el sistema de salud, por ello su formación ha sido foco de interés constante para el sector prestador de servicios, que es el que recibe y utiliza esa fuerza de trabajo. Existe un divorcio entre el modelo de formación de personal y

la realidad del mercado de trabajo, ya que la formación se nutre cada vez más no solo de lo ideal, sino también de lo real. La retrospectiva no tiene un lugar importante en el proceso de formación de recursos, por lo que hechos importantes que dan sustento a la situación actual se pierden.

Ubicar los antecedentes de la enfermería en nuestras raíces históricas, rescata la figura de mujeres que dedicadas a esta actividad en la época prehispánica eran respetadas y consideradas por la comunidad, por lo que no es remoto deducir que ellas recibían aún en ese tiempo una preparación especial y que fueran seleccionadas por su capacidad e inteligencia entre otras mujeres.

Los pueblos prehispánicos depositaron el cuidado de la salud principalmente en mujeres, que dedicaban sus conocimientos y esfuerzo al cuidado de las nuevas generaciones. En épocas posteriores, colonial e independiente, fue este mismo personaje, con menor prestigio, el que seguía dando este servicio, principalmente a las clases humildes.

La escolarización de la enfermería, iniciada a principios de este siglo, marca un rumbo diferente en la profesión, aunque conserva en gran parte las características de su origen, las cuales se van perdiendo conforme avanza la profesionalización, la salud va formando parte de la responsabilidad del Estado y la formación de las enfermeras corresponderá a las necesidades de atención definidas por las instituciones creadas.

Es precisamente bajo la tutela de los servicios que se establecen las primeras escuelas de enfermería en México con el propósito específico de preparar colaboradores en tareas secundarias al trabajo médico, de ahí que la instrucción fuera impartida por los mismos, a través de programas con enfoques biológico y curativo que influye hasta este momento.

Aún después de la instalación de la carrera de enfermería, el empirismo prevaleció por diversas razones; entre ellas, es posible considerar que siendo una carrera nueva, tanto sus aspirantes como sus egresados resultaran durante varios años insuficientes para cubrir la demanda de salud tanto en el medio urbano como en el rural.

También algunas escuelas de enfermería fueron iniciadas bajo el auspicio de las facultades de medicina, independizándose posteriormente de ellas. Los programas impartidos eran semejantes a los de los hospitales.

Analizando este proceso es posible reiterar la paternidad que la medicina había decidido dar a la enfermería reproduciendo los esquemas de dependencia de la mujer en relación con el hombre, por ello no es casual que a la enfermería se dedicaran solo mujeres.

El desarrollo continúa conforme avanza el proceso social del país y es en los años de mayor crecimiento económico que los hospitales se multiplican, fundándose las instituciones de seguridad social, con lo que aumenta considerablemente el número de vacantes para la enfermería. Este hecho influyó directamente en la proliferación de escuelas de enfermería, las que para 1978 eran 127.

En esta época se consolida la enfermería hospitalaria y los centros formadores dependientes de los servicios, así como los independientes, orientan la enseñanza a procedimientos.

Un estudio realizado en 1987 sobre la situación de las escuelas de enfermería de la República Mexicana revela datos importantes sobre la situación de estos centros formadores de recursos en enfermería. "En 10 años se observa que hubo un incremento de 40,4%, es decir, que solamente en un período de nueve años, se crearon 86 nuevas escuelas de nivel técnico, lo que dio un crecimiento promedio de 9,5 en cuatro años" (8). Este incremento acelerado motivó un desequilibrio de la oferta y la demanda, sobre todo en áreas metropolitanas y de alta densidad poblacional, que fue en donde en mayor número se instalaron, creándose además una fuerte concentración de recursos en zonas urbanas.

La falta de normas existentes para la apertura de escuelas, así como la nula participación de las enfermeras a través de sus organizaciones durante ese espacio de tiempo, fue factor importante para que la formación de recursos en enfermería transcurriera sin control en lo referente a los planes de estudio, el número y la calidad del egresado.

La ubicación de las escuelas de enfermería en el sistema universitario permitió que la carrera de enfermería que se impartía a nivel técnico ascendiera a la educación superior y respondiera de esta forma a las necesidades de una sociedad moderna, evitándose con esto una nueva etapa en el desarrollo de recursos de enfermería.

Mucho se ha discutido sobre la necesidad de planificar los recursos de salud y enfermería. Una vez que se ha estructurado el sistema de salud, resulta indispensable definir no solo el número, sino también los perfiles requeridos por nivel, el tiempo de personal que es necesario formar teniendo en cuenta las necesidades reales de la población, la situación de los servicios y las metas que en este contexto la enfermería pretende lograr.

Niveles de preparación

Las políticas adoptadas en materia de salud han propiciado la participación de nuevos agentes en la solución de problemas de salud. Así, se ha venido experimentando con diferentes tipos de personal; a finales de los años 60 la Dirección General de Enseñanza de la Secretaría de Salubridad y Asistencia realizó un programa nacional para la formación de técnicas en enfermería, con menor escolaridad a la que ahora se requiere para ese nivel. También tuvo fuerte impulso la incorporación de los cursos de auxiliares a las escuelas de enfermería.

Por ese período resoluciones de la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería apoyan en escuelas de diversas regiones del país la creación de programas escalonados con salidas laterales en los que el ba-

chillerato incorporaba simultáneamente el nivel técnico y era antecedente para el nivel universitario.

Es durante el auge económico que la enfermería cimienta su nivel universitario superior, con el inicio de la carrera de enfermería a nivel de licenciatura en 1968, a la que siguieron 27 escuelas más. Fue seguramente la crisis económica uno de los mayores impedimentos para que un mayor número de centros contara con este nivel. Siendo muy elevado el número de escuelas particulares (actualmente más del 50%), fue difícil que este nivel pudiera asentarse en este sistema, predominando así en las escuelas oficiales el nivel técnico de seis años de escolaridad.

Las presiones en la demanda de matrícula para algunas instituciones, sobre todo las universitarias, ha sido la principal causa para el sostenimiento de este nivel dentro de las universidades, ya que representa una opción para la gran masa de estudiantes que egresan de estudios secundarios.

A pesar del gran número de escuelas registradas, en el país existen entidades en las cuales solo hay una o ninguna escuela de nivel profesional técnico o universitario, sobre todo en el sur y en el norte, en donde hay una gran demanda. En los estados de la frontera con los Estados Unidos de América esta situación llega a ser alarmante. Esta crisis en la oferta de recursos tiene como antecedente varios factores como son: a) disminución en la matrícula en las escuelas de enfermería pues en la educación superior representa solo una de las tantas opciones para que la mujer estudie; b) los salarios a que estará sujeta en el mercado de trabajo, no pueden competir con los ofrecidos por las maquiladoras establecidas en esa zona, y c) se observa una fuerte emigración de profesionales.

A la fecha los niveles de preparación establecidos para la formación de recursos humanos de enfermería se adaptan al sistema de educación del país. Así tenemos la enfermería técnica general que se inserta en el nivel medio superior con seis años de preparación y en el nivel superior de 10 años la licenciatura en enfermería. La auxiliar de enfermería tiene hasta el momento un nivel básico de tres años (no en todos los casos). En un estudio reciente se encontró que solamente el 41,53% del total del personal de enfermería corresponde al nivel profesional y 58,40% son auxiliares de enfermería con y sin reconocimiento a sus estudios por alguna institución de educación.

La crisis económica es sin duda uno de los principales obstáculos para que la proporción de enfermera-auxiliar no se invierta.

Los planes de estudio

Los planes de estudio constituyen el medio para organizar el conocimiento que han de adquirir los estudiantes a través del período de formación. En consecuencia con el modelo médico estos planes y programas

de estudio han mantenido un enfoque eminentemente biológico, individual y especializado, centrado en los procedimientos, los cuales según avanza la tecnología se hacen más complejos.

Es a partir de las resoluciones que en materia de salud ha adoptado el Estado que la enseñanza de enfermería se ve comprendida en cambios de enfoque de sus planes de estudio. La influencia de las ciencias sociales y el reconocimiento de la causalidad social en el proceso salud-enfermedad vienen a dar un marco teórico diferente al desarrollo del currículo. Actualmente un buen número de escuelas han modificado o se encuentran en proceso de cambiar sus planes de estudio. La idea de configurar perfiles educativos regionales, con referencia nacional, tiene mayor apoyo por parte de las instituciones educativas.

La necesidad de cambio

La modernización de la educación superior, basada en la planificación estratégica es la mejor plataforma para que la enseñanza de la enfermería entre en un proceso de renovación.

La modernización es un concepto de gran amplitud que contiene ideas de actualización, cambios y transformación; es un esfuerzo de mejoramiento que abarca la educación mexicana en todos sus niveles, y la educación de tipo superior no puede ser la excepción (9).

Con base en las disposiciones señaladas en los artículos de la Ley de Planeación y en congruencia con el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 se ha diseñado el Programa para la Modernización Educativa. Este programa comprende las políticas que orientaron la modernización del sector y las actividades sustantivas del mismo: "educación básica; formación y actualización de docentes; educación de adultos; capacitación formal para el trabajo; educación media superior; educación superior y de posgrado e investigación científica, humanística y tecnológica; sistemas abiertos de educación, evaluación educativa, construcción, equipo, mantenimiento y reforzamiento de inmuebles educativos" (10).

Al igual que el cambio estructural llevado a cabo en el sector salud, la modernización en la educación constituye un reto, ya que la población seguirá creciendo y habrá mayores demandas y los cambios previstos en la composición de la población multiplicarán las presiones de empleo. "¿Cómo podrá el sector educativo hacer posible que los ciudadanos cuenten con la calificación y la formación requeridas para desempeñar un trabajo productivo?" (11).

La característica de la educación moderna tal como la concibe el modelo debe ser la *calidad*. Para lograrlo se propone revisar los contenidos, renovar los métodos, privilegiar la formación de maestros, articular los diversos niveles educativos y vincular los procesos pedagógicos con los avances de la ciencia y la tecnología (12).

Todos los aspectos mencionados atañen prioritariamente a la formación de recursos de enfermería. Hasta la fecha estos no han sido producto de una planificación, ya que ello requiere la realización de un diagnóstico de su situación a nivel local, regional y nacional cuyos resultados serían la base para planear los recursos de enfermería que se requieren, el perfil profesional, los niveles de preparación y la cantidad de enfermeras que deben prepararse.

En este sentido se han realizado algunos esfuerzos iniciales como fueron la diseminación del conocimiento de la metodología de Análisis Prospectivo de la Educación en Enfermería, realizado mediante dos reuniones con escuelas de enfermería seleccionadas estratégicamente y de las cuales se obtuvieron algunos resultados parciales, que hacen posible delinear cambios estratégicos.

FACTORES CONDICIONANTES PARA LA PRACTICA DE ENFERMERIA Y LA FORMACION DE RECURSOS

Legislación y Reglamentación. Durante mucho tiempo las enfermeras han venido discutiendo sobre la necesidad de una reglamentación para su ejercicio profesional, a través de la cual la profesión logre un control sobre sus estructuras, sus condiciones y su práctica.

Teniendo en cuenta la importancia de este asunto y la trascendencia del mismo para la profesión y para el usuario de sus servicios, el Consejo Internacional de Enfermeras ha promovido un Proyecto de Reglamentación en Enfermería en el que participen todos los países miembros. El Colegio Nacional de Enfermeras, integrante de este organismo internacional, es el responsable de llevar a cabo los trabajos relativos a este proyecto. Para ello ha fomentado la participación de los Colegios y Asociaciones estatales con la finalidad de analizar las estrategias que permitan sentar la base de la reglamentación de la enfermería mexicana.

Desde una perspectiva académica, la enfermería ha logrado avances notables, al penetrar definitivamente en la educación superior de México; sin embargo, sigue vigente la falta de definición de funciones entre los diferentes niveles y categorías que integran el personal de enfermería; de ahí la importancia de contar con "un sistema de reglamentación de la profesión que comprenda: normas elevadas para el desarrollo personal y profesional en el desempeño de las enfermeras; participación de la profesión en la formulación de políticas de salud, y responsabilidad de la profesión ante el público por las funciones que desempeñan en su beneficio" (13).

Para lograr una reglamentación de enfermería que sustente los cambios que la enfermería demanda para su desarrollo, es necesario promover una participación amplia del gremio. Los líderes de este movimiento deberán comunicar los adelantos del mismo a las enfermeras a fin de que se socialice el compromiso, toda vez que los cambios no se dan por decreto.

Identidad profesional. Muchos factores han influido sobre la identidad de la enfermera, la que pareciera ir desvaneciéndose junto con la crisis. El florecimiento de la enfermería profesional y el incremento de la demanda de enfermeras por las instituciones de salud, así como la consolidación de puestos directivos a nivel nacional y local, promovieron una fuerte identidad en la enfermera. La merma en sus funciones frente al personal médico, el estancamiento en el número de plazas, la cancelación de puestos directivos y de autoridad, así como su división en los servicios son elementos limitantes para que la enfermería mantenga una identidad profesional y su militancia dentro de las organizaciones gremiales y sindicales.

Hasta este momento son dos las agrupaciones de carácter nacional: el Colegio Nacional de Enfermería y la Federación Nacional de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería. A nivel estatal se destacan algunas asociaciones, las cuales no han tenido un rumbo definido y estable.

Generalmente son los miembros de estas organizaciones los encargados de solventar su mantenimiento a través de aportaciones económicas. Este es tal vez uno de los impedimentos para que la enfermera participe como se requiere en las organizaciones.

En nuestro país no existen propiamente sindicatos de enfermeras, las organizaciones sindicales son institucionales y de cobertura nacional y en ellas participan los trabajadores de todas las ramas y categorías. La enfermería ha tenido una participación limitada, ocupando generalmente puestos de acción social y femenino. Es en los últimos años cuando la mujer se ha destacado en la política, que las enfermeras ocupan puestos de mayor representación en los sindicatos.

Condición femenina de la enfermería. Ser una profesión integrada principalmente por mujeres ha traído para la enfermería, según algunos análisis, limitaciones en su desarrollo, ya que el papel social de la mujer no ha tenido cambios sustanciales en las últimas décadas, aún cuando jurídicamente haya un reconocimiento. La mayoría de las profesiones continúan estando integradas por hombres y en ellas no se ha dado un equilibrio en el poder, para unos y otras.

La profesional ha de probar constantemente su capacidad. En este sentido, la enfermería ha centrado su atención en demostrar que su función es importante y eficaz, lo que ha quedado manifiesto por más de un siglo, ya que de otra manera no se hubiera institucionalizado.

PERSPECTIVAS DE LA ENFERMERIA EN EL CONTEXTO DE LA META DE SALUD

Para enfrentar un mundo en plena transformación no se puede continuar contemplando el pasado, ni se dispone de reservas para arriesgar en un futuro azaroso; el reclamo es progreso, por lo que es imprescindible

plantear líneas que nos acerquen a una imagen-objetivo de la enfermería para el próximo siglo.

La nueva orientación de la práctica de enfermería y el proceso de formación de recursos deben partir de un análisis interpretativo global que estudie las condiciones generales del contexto social, tomando como punto de partida la situación de crisis, vinculando esta a las necesidades de salud de la población. Una concepción más pragmática nos llevará a propuestas lineales y fragmentadas que finalmente tendrían resultados poco relevantes.

Para ello es necesario considerar los siguientes planteamientos:

Los efectos de la crisis no desaparecerán en un plazo corto. Es posible iniciar el próximo siglo con problemas derivados de la misma, como un aumento significativo en las enfermedades, algunas de ellas transmisibles y otras cuya causa y tratamiento se desconocen. Algunos fenómenos de tipo social y biológico aún no controlados influirán en el sostenimiento de esta situación, como la contaminación ambiental que ha alcanzado grados de intolerancia y la violencia en sus diversas manifestaciones.

Un porcentaje importante de la población no recibe atención de salud. Una mayor educación en salud y el incremento de la población elevará la demanda, y los servicios deberán ser más eficientes y eficaces, por lo que los recursos de salud responderán con mayor preparación, con nuevas tecnologías y modelos de atención más acordes con las necesidades y los recursos. La población materno-infantil será prioritaria en la atención toda vez que es mayoritaria y de su salud depende la sociedad futura.

Una nueva organización en el sistema de salud requiere de recursos que comprendan los retos y los compromisos aceptados. Mejorar la calidad de la atención será la mejor prueba de ello. La participación de la enfermera en el primer nivel de atención es una necesidad que ha quedado demostrada a través de su práctica histórica. Son las necesidades económicas las que justifican la existencia de otro tipo de personal en el primer nivel de atención.

Mejorar la calidad de la atención será un reclamo de la población, los procesos políticos traerán una participación más crítica en la defensa de sus derechos y un replanteamiento en los valores. El derecho a la salud incluye la seguridad, la oportunidad y la humanización en la atención al usuario y condiciones con menores riesgos para el personal.

La educación será un proceso a través del cual el sector educativo formará los recursos necesarios para la satisfacción de las necesidades. Las universidades y los centros formadores dejarán las aulas para formalizar una vinculación real con el sector productivo y social.

La necesidad de generar cambios demandará mayores conocimientos en lo científico y en lo técnico, la vinculación de la teoría con la práctica, la investigación y la docencia, así como la investigación y la extensión de la cobertura.

Los cambios requerirán también condiciones sociales que den a la mujer mayores oportunidades de desarrollo sin menoscabo de la atención de las funciones biológicas y tradicionales que les han sido confiadas por la naturaleza y la sociedad, así como su incorporación plena a la vida política, económica y social del país, con mayor reconocimiento de su función de mujer.

La apertura del sistema mexicano en pos de una integración latinoamericana y de participación en los mercados internacionales demanda mayor competencia, creatividad y calidad en los productos y los servicios y presenta también la posibilidad de un mayor intercambio profesional.

LINEAS DE ACCION

De ahí que las líneas sobre las cuales la enfermería orientará su acción son:

- Conocimiento de la situación de salud de la población y vinculación mediante la práctica en la resolución de la problemática.
- Promoción de una visión de la sociedad libre de las enfermedades que limitan gravemente el desarrollo, y para las cuales existen los recursos.
- Logro de mayor efectividad en la atención del paciente, con especial énfasis en aquellas enfermedades en las que es inevitable la muerte.
- Participación en la educación para la salud, mejorando los métodos tradicionales de enseñanza.
- Participación mayor en los sistemas locales de salud en todos los niveles, promoviendo la creación de puestos según el grado de complejidad de las acciones.
- Formación y supervisión del personal no profesional, incluidos los promotores de salud.
- Adquisición de mayores competencias que hagan más eficiente el trabajo de enfermería, incluidas la enseñanza de la computación y equipos sofisticados necesarios en el diagnóstico y tratamiento.
- Recuperación de la práctica obstétrica, mediante la atención de embarazadas y parturientas. Negociación dentro de las instituciones para la utilización de estos espacios de trabajo.
- Mejorar el proceso de formación, haciendo más atrayente la carrera de enfermería, incrementar la matrícula en el nivel superior, lograr un control sobre las escuelas de nivel técnico y actualizar los currículos y los métodos de enseñanza.

- Formular marcos conceptuales para la teoría y la práctica de la enfermería.
- Trabajar para la unificación de la enfermería, a fin de lograr mejores condiciones de trabajo mediante una mayor representatividad de las organizaciones, así como lograr mayor seguridad en el desempeño de su trabajo.
- Búsqueda de situaciones de liderazgo, partiendo del ejercicio de este dentro de las propias comunidades y servicios de salud, pero también buscar la organización de la gran masa crítica que es la enfermería, a fin de consolidar organizaciones fuertes que den cohesión al desarrollo de la enfermera y replantear la importancia de los cargos directivos en todos los niveles de la administración.
- Participación en la definición y ejecución de las políticas de salud y, lo más importante, mantener el control de su práctica, haciendo que la enfermera sea la promotora de sus propios cambios.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Salinas de Gortari, Carlos. Discurso del Presidente de los Estados Unidos Mexicanos en la Reunión Cumbre de los Países Iberoamericanos. Guadalajara, Jalisco, México. Julio de 1991.
- 2 Soberón, A. G. El cambio estructural en la salud. Revista Salud Pública en México. Secretaría de Salud, D.F., México. Vol. 29 No. 2. Marzo-Abril 1987, pág. 127-140.
- 3 *Ibid.*
- 4 Programa Nacional de Salud 1990-1994. Secretaría de Salud, México 1990, pág. 17.
- 5 Martínez, B. M. M. *Sociología de una profesión*. Nuevomar, Centro de Estudios Educativos A. C. México, D. F., 1985, pág. 88.
- 6 *Ibid.* pág. 78.
- 7 Programa Nacional de Salud 1990-1994. *Ibid.*, pág. 17.
- 8 Nájera, R. M. *et al.* Situación de las Escuelas de Enfermería en la República Mexicana. Secretaría de Salud. Dirección General de Enseñanza en Salud. México, D. F., pág. 5.
- 9 Lineamientos generales para evaluar la educación superior. Modernización Educativa No. 5. Secretaría de Educación Pública. México, D. F. Enero de 1991, pág. 5.
- 10 Programa para la Modernización Educativa, 1989-1994. Poder Ejecutivo Federal. México, D. F., 1989, pág. 18.
- 11 *Ibid.*, pág. 11.
- 12 *Ibid.*, pág. 19.
- 13 Garzón, A. N. Perspectivas de la enfermería a nivel internacional. Trabajo presentado en la Conmemoración del 50 Aniversario de la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia I.P.N. México, D. F., 1990.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Affara, F. A. Proyecto de Regularización en Enfermería ICN. Memorias Conferencia Panamericana de Enfermería. México, D. F., 1991.

- Arrieta, E. C. Glosa Declaración de Guadalajara. *El Sol de Durango*, julio de 1991. México.
- Blanco, G. J. Política mexicana en los ochenta. Centro de Estudios en Salud Pública y Política Sanitaria. México, D. F., 1983.
- Documento ISSSTE. Caracterización de unidades médicas por niveles operativos. México, 1989.
- Economía Informa. *Revista de la Facultad de Economía* de la UNAM. México, abril 1991.
- Fundación Mexicana para la Salud. México: Perfiles de la salud hacia el año 2010. México, Fundación Javier Barros Sierra, 1988.
- Garzón, A. N. Prospectiva de la enfermería a nivel nacional. Trabajo presentado en la Conmemoración del 50 Aniversario de la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia. IPN. México, 1990.
- González, C. E. Diagnóstico de salud en México. Trillas. México, 1988.
- Manfredi, M. ¿Es necesario promover el liderazgo en enfermería para el avance de los programas docente-asistenciales? *Educ Med Salud* (1):3-11, 1988.
- Martínez B. M. M. *et al.* Sociología de una profesión. Nuevomar, Centro de Estudios Educativos A. C. México, D. F., 1985.
- Medici, A. C. *et al.* El mercado de trabajo en salud: aspectos teóricos, conceptuales y metodológicos. *Educ Med Salud* 25(1): 1-14, 1991.
- Nájera, R. M. *et al.* Situación de las Escuelas de Enfermería en la República mexicana. Secretaría de Salud. México, D. F., 1988.
- Nájera, R. M. Algunas reflexiones sobre la investigación en enfermería. Asociación Española de Enfermería Docente. Caza-res, España, diciembre de 1990.
- Nájera, R. M. Fortalezas y retos. Recursos de enfermería en México. México, D. F., 1991.
- Negrete, S. Un sexenio de crisis y cambio. *El Inversionista*, Año 2, No. 21. México, D. F., 1988, pág. 22.
- Plan de Estudios de la Cámara de Licenciatura en Enfermería, Escuela de Enfermería y Obstetricia UJED. Universidad Juárez del Estado de Durango, México, 1989.
- Programa Nacional de Salud 1984-1988. Secretaría de Salubridad y Asistencia. México, D. F., agosto de 1984.
- Programa Nacional de Salud 1990-1994. Secretaría de Salud. México, D. F., 1990.
- Styles, M. Marco conceptual de la planeación de recursos en enfermería. Conferencia Panamericana de Enfermería Mexicana. México, D. F., 1991.
- Vélez, Félix. La economía política del nuevo régimen. *El Inversionista*, Año 2, Vol. 2, diciembre de 1988, pág. 7-9, México.

LA EDUCACION MEDICA Y LA SALUD PARA TODOS

*Leonardo Montilva Najul*¹

INTRODUCCION

La humanidad en este final de siglo se encuentra ante retos de grandes dimensiones. A través de la Organización Mundial de la Salud los países de todo el mundo sintetizaron estos retos en una sola frase que ha tenido una gran trascendencia en el rediseño de las políticas de salud: salud para todos. Esta frase significó y significa una revitalización del derecho a la salud, contemplado en la Carta de los Derechos Humanos, establecida por la Organización de las Naciones Unidas en la década de 1940.

El centro de esta propuesta es el de alterar la tendencia regresiva de las condiciones generales de vida, y en particular, de las condiciones de salud, que se observa en grandes mayorías poblacionales, y lo que constituye un hecho social inaceptable, como lo es la tendencia a la profundización de las diferencias en las referidas condiciones, entre continentes, países y grupos sociales al interior de ellos mismos.

Este reto es de tal magnitud que escapa a ser responsabilidad de una sola institución e incluso de un solo sector de la sociedad, pues de alguna forma compromete a la sociedad civil y política en su conjunto. En este marco de ideas es posible analizar y plantear la responsabilidad de la universidad como totalidad en la meta de salud para todos, y de las particularidades con las cuales debe asumir una de sus misiones centrales, la formación de médicos o, en otros términos, la formación intelectual de personas para el ejercicio de una profesión delimitada socialmente, a quienes se les asigna un patrón de comportamiento dado, con un conjunto de competencias en el área de la salud-enfermedad individual y colectiva. Esta formación se entiende como un proceso permanente en la vida intelectual del profesional médico, que no termina en el momento en el cual se le otorga social y jurídicamente la responsabilidad legal de ejercer la profesión; al contrario, la educación permanente se hace obligatoria por un conjunto de factores, entre los cuales la obsolescencia del conocimiento,

¹ Presidente de la Asociación Venezolana de Facultades y Escuelas de Medicina.

dada por el extraordinario desarrollo científico-tecnológico que ha caracterizado a las ciencias biológicas y sociales, matrices del conocimiento médico en el siglo XX, le plantean a la universidad una responsabilidad permanente en este proceso de formación.

En síntesis, la educación médica es un proceso cuyo objeto central, la formación del personal médico, es una práctica social que se encuentra en el marco de una totalidad que la influye y determina. No mantiene una autonomía absoluta a las prácticas de salud existentes, al desarrollo del conocimiento científico, a su organización y formas hegemónicas y alternas emergentes, a las tendencias históricas en lo referente a valores, conocimiento médico, concepciones pedagógicas y estructuras de poder en las organizaciones encargadas de esta función (universidades-facultades de medicina).

En este sentido, la formación de médicos en articulación con la política de salud para todos, plantea un conjunto de complejidades en donde la respuesta no es única o universal, sino que tendrá que ser dada en el marco de las particularidades de cada formación social. En este artículo se intentará plantear algunas de ellas así como el proceso metodológico con el cual se abordó el diseño de las referidas alternativas.

FORMACION DE MEDICOS: ¿PARA QUE?

A la pregunta ¿para qué formar médicos? se responde en un primer momento con otra: ¿cuál es la razón social de este proceso? Estas dos preguntas deben formularse en el marco de una época histórica en general, y en cada formación social en particular, ya que tendrán respuestas diferentes, pues se trata de un proceso histórico determinado socialmente.

Para efectos de este artículo no se realizará un análisis exhaustivo de esta relación sino que se utilizarán algunas variables centrales a fin de establecer los retos planteados a la educación médica por la meta de salud para todos, respuesta de la sociedad ante el perfil epidemiológico que la caracteriza.

El perfil epidemiológico de salud-enfermedad mundial, que también identifica a Latinoamérica, se ha distinguido por un progresivo crecimiento de las diferencias de la situación de salud entre los países desarrollados y América Latina, y al interior de cada país, entre los diversos grupos sociales, debido principalmente a un crecimiento de la pobreza en grandes mayorías nacionales. Estos procesos están condicionados por la grave crisis de la economía latinoamericana en los años 80, como parte del agotamiento del modelo económico que había permitido un crecimiento sostenido hasta finales de los 70. En estos años hubo una creciente producción, favorecida por la demanda externa y políticas nacionales generalmente expansivas, lo cual se conjugó con déficits progresivos en las

balanzas de pago, crecimiento de los créditos externos para financiar las deficiencias de las cuentas corrientes y en otros casos acumular reservas para no recurrir a devaluaciones monetarias. En los 80 se precipitó la crisis, la recesión económica en los países industrializados y el incremento de las tasas de interés, llevaron a que la deuda externa se convirtiera en un peso de tal magnitud que América Latina pasó a ser prácticamente, una exportadora de capitales, y los Estados entraron en una grave crisis fiscal. Así se iniciaron programas de ajuste, préstamos de emergencia y por supuesto, acuerdos de estabilización que se han reflejado en los programas de desarrollo de los diferentes países (1), afectándose de manera notoria los dirigidos a los sectores sociales (salud, educación); todo lo cual ha profundizado las grandes diferencias sociales que ya de por sí eran bastante significativas.

Los procesos macroeconómicos señalados en el punto anterior se reflejaron en la salud de la población de diversas formas. Por una parte se modificó la tendencia a la disminución de las tasas de mortalidad infantil en general, y diferentes estudios han encontrado incluso un crecimiento de las diferencias ya existentes entre las tasas de mortalidad infantil de grupos sociales favorecidos por las nuevas políticas económicas y las grandes mayorías poblacionales en situación de pobreza crítica. Por otra parte, se evidencia un incremento de los índices de desnutrición y, condicionado por ello, en la mortalidad por enfermedades infecciosas, como diarrea y bronconeumonía. Además comienza a observarse un resurgimiento de un grupo de patologías ya controladas, como la malaria, la tuberculosis y el cólera, lo cual indica un deterioro importante de la calidad de vida y en donde se sintetizan tanto factores ambientales como nutricionales.

Otro rasgo epidemiológico característico de la América Latina actual son los problemas de violencia social, en donde se mezclan la pobreza, la ausencia de expectativas de superación, el deterioro creciente de la calidad de vida, observándose día a día como los pobres se matan entre sí, tal vez en la búsqueda de una ilusión de supervivencia.

Con relación a los servicios de salud, se observa una baja accesibilidad de la población a una atención de salud continua, oportuna, de calidad, y equitativa en los diferentes grupos sociales. Esta situación se ha visto fuertemente agravada por la elevada concentración de la población en áreas urbanas, más allá de la capacidad de recepción de las mismas en lo referente a servicios de agua potable, vivienda, alcantarillado y atención de salud.

Estos procesos se dan simultáneamente a tendencias epidemiológicas lineales como el incremento de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, cáncer, accidentes de tránsito, accidentes cerebrovasculares, que, por su naturalza, indican un incremento en la expectativa de vida, esperándose que en los próximos años la población

adulta y anciana sea cada vez más numerosa y demande los programas de salud pertinentes.

La situación de salud descrita en grandes pinceladas, llevó a la Organización Mundial de la Salud y a los países signatarios de sus políticas, a la necesidad de revitalizar el derecho a la salud, ya reconocido universalmente en la Declaración de los Derechos del Hombre, promulgada por la Asamblea de las Naciones Unidas en 1948 y que más tarde gran cantidad de países adoptaron en sus Constituciones Nacionales. Es así como surge la meta de salud para todos, como propuesta política que genere movilización internacional y nacional para enfrentar las grandes injusticias sociales reflejadas en condiciones de salud de grandes contingentes humanos, a lo cual no escapa nuestro espacio de acción inmediato, América Latina. Cabría preguntarse en estos momentos el sentido o el qué es la salud para todos, a los fines de precisar hacia dónde debe ir dirigida la educación médica.

Definir salud para todos tiene las mismas dificultades epistemológicas que se encuentran al intentar delimitar conceptualmente la salud o proceso de salud-enfermedad. No es el objeto de este artículo una discusión de las diferentes aproximaciones, y con fines operativos se trabajará en los términos de una categoría descriptiva más que analítica.

La salud para todos es una propuesta en los órdenes de un proceso de construcción de la potencialidad total del sujeto social, una potencialidad que parte de la consideración del hombre como ser ontológico, como totalidad biológico-social, sometido a la doble dimensión de las leyes biológicas y socio-históricas. El hombre en su movimiento central de autocrearse, a través de un proceso de trabajo convierte toda su potencialidad en praxis humana. Esta potencialidad total del hombre, que en un plano de abstracción equivale al constructo salud, está impregnado de un conjunto de rupturas en el proceso de reproducción social. No se puede comprender a esa potencialidad total o salud, separada o como elemento antagónico a esas fracturas de la potencialidad que en nuestro lenguaje médico denominamos enfermedad.

En este orden de ideas la salud contiene a la enfermedad y no es posible la autorrealización del proyecto humano sin estas rupturas, pues ellas en unidad dialéctica lo hacen posible (2).

En síntesis, se podría considerar a la salud para todos como un proceso que se inserta en el proceso vital humano, en donde el individuo y el colectivo asumen conscientemente la autorresponsabilidad en el desarrollo de las potencialidades creadoras biológico-sociales, en donde la totalidad social tiene una posibilidad equitativa de autocrearse y desarrollar todas sus capacidades genéticas.

Este proceso en la búsqueda de la equidad social debe traducirse en programas y servicios de salud que respondan a las necesidades del individuo y los grupos sociales. Un hecho social de esta naturaleza implica

un compromiso o solidaridad planetaria en donde la humanidad como un todo participa desde las concepciones de las metas generales y particulares hasta las estrategias que deben diseñarse para el logro de los objetivos.

Indivisiblemente ligada a la meta de salud para todos, desde la misma Declaración de Alma-Ata, estuvo la identificación de la atención primaria de salud como la estrategia básica para su logro, por lo tanto al intentar identificar cuál debe ser la orientación de la formación de médicos en relación con dicha meta se pasa por un momento de ver este proceso de formación también en la perspectiva de la atención primaria de salud, la cual parte de un conjunto de principios básicos que le dan un status cualitativamente diferente a otras formas racionales en lo tecnológico y administrativo en la atención de salud y que serán descritos brevemente para establecer luego su importancia en la formación de médicos.

El primero de estos principios y, en nuestra opinión, el que marca la diferencia cualitativa central, es que la salud es un problema de todos que surge desde la autorresponsabilidad individual y colectiva en el fomento y restitución de la salud, generadora de una conciencia colectiva que hace que la población participe plenamente en la delimitación de las políticas de salud, así como en el control y la evaluación de los programas llevados a cabo. El segundo, íntimamente ligado al anterior, plantea que el desarrollo de la salud de los pueblos no es responsabilidad solo de un profesional o de un equipo de profesionales —equipo de salud por ejemplo— sino de la colectividad en general, tanto de la sociedad civil como de la sociedad política, por lo tanto es un problema multisectorial y el éxito de programas integrales de desarrollo en salud está íntimamente ligado a una adecuada articulación multisectorial. La salud de un pueblo comienza a condicionarse desde el diseño y aplicación de una política económica, que tenga como centro el desarrollo del hombre, pasando por el establecimiento de programas de empleo, alimentación, educación y en fin, prácticamente todo el conjunto social. Incluso en programas más operativos, a nivel local se evidencia la tendencia de la articulación multisectorial para enfrentar con éxito los problemas de salud/enfermedad.

El tercer principio básico en el cual se basa la atención primaria es la racionalidad en el uso de las tecnologías en salud. El gran desarrollo de conocimiento científico-técnico, la elevada capacidad de producción en serie y la difusión en gran escala del conocimiento científico si bien se traduce en grandes beneficios, trajo consigo una serie de problemas como son el incremento de costos de la atención de salud creando una mayor inequidad de los mismos, el incremento de la intervención médica y con ello los problemas iatrogénicos. La utilización racional de las tecnologías debe tener como centro la accesibilidad de la población a ellas, no solo de grupos minoritarios. Un cuarto principio de la atención primaria de salud es la integralidad de las funciones de fomento y promoción de la salud con la rehabilitación de la misma.

EL PERFIL EDUCACIONAL Y PROFESIONAL DEL MEDICO: ¿QUE MEDICO SE QUIERE FORMAR?

Se hace necesario aclarar que no existe un solo perfil médico, así como no existe un solo médico, pues en cada realidad social la división técnica del trabajo impone sus particularidades.

En los últimos años el gran desarrollo del conocimiento científico-técnico asociado a la explosión de la capacidad productiva de la industria tecno-médica, entre otras variables, condicionó el surgimiento de múltiples especialidades médicas y por ende, profesionales de la medicina que restringen sus prácticas a campos delimitados de conocimiento. En este trabajo nos referimos, fundamentalmente, al médico general al cual identificamos como un trabajador del equipo de salud con una formación científica y humanística integral, que le permite comprender el proceso salud-enfermedad en una dimensión biológico-social e intervenir conjuntamente con la comunidad y otros profesionales en la resolución de problemas individuales y colectivos, a través de una acción integral en lo referente al fomento, restitución y rehabilitación de la salud.

Sus capacidades y actividades corresponden a un espacio intelectual y social delimitado históricamente. Este profesional tiene dentro del campo de la medicina una responsabilidad más directa en la respuesta a la meta de salud para todos y a la estrategia de atención primaria, pero no releva de sus propias responsabilidades al otro conjunto de especialistas, ya que una propuesta de esta naturaleza exige la acción articulada de todo el equipo de salud; por lo tanto muchos de los rasgos fundamentales que deben caracterizar al médico general egresado de nuestras universidades, debe permanecer y prevalecer en aquellos que han seguido un proceso formativo hacia espacios más específicos del conocimiento médico.

Tradicionalmente las escuelas médicas o no se han fijado metas explícitas en lo referente al perfil educacional del egresado, o la han abordado esencialmente como una suma de capacidades técnico-científicas en lo referente al diagnóstico y terapéutica de patologías, actividades de promoción y protección y rehabilitación de la salud. Creemos que el diseño de un perfil debe partir de grandes elementos, que caractericen a la metodología de acción del médico en interacción con los individuos, grupos sociales, servicios de salud y desarrollo del conocimiento científico-técnico entre otros factores. Solo en un primer nivel aproximativo caracterizaremos algunos de ellos, lo cual no intenta ser una receta pues cada realidad social exigirá la presencia o no de cada uno de ellos o de muchos otros que por razones del objeto expositivo no se abordaron.

Responsabilidad ético-social

El médico debe asumir que su profesión tiene un trasfondo ético-social determinado históricamente y en el marco de las demandas sociales

y las metas que la sociedad política estableció, con aceptación democrática de la sociedad civil. La praxis médica no es solo la realización individual del profesional aún cuando las necesidades de los estudiantes sean un determinante curricular, sino que tiene un fuerte carácter de responsabilidad colectiva, sobre todo en un momento histórico para la salud como el que se describió anteriormente. Esta formación ético-social le permitirá actuar en coherencia a una política de salud que exige el respeto a los conocimientos, actividades y conductas de la población ante la salud y la medicina a fin de potencializar la capacidad de respuesta de las colectividades ante sus procesos de salud-enfermedad; así mismo podrá aceptar su incorporación a una acción social compartida por comunidad y equipo de salud en donde prima una relación democrática de respeto y responsabilidad mutua, en donde las verdaderas obligaciones ético-morales son las poblaciones a las cuales se sirven. Otro aspecto de gran relevancia es la conciencia del trasfondo ético de todas las actividades que se realizan, desde la utilización racional de las tecnologías de diagnóstico y terapéutica, las de intervención en el fomento de la organización social para la promoción de la salud y otras, hasta los elementos implícitos directamente en la relación médico-paciente.

El médico para actuar en correspondencia a la meta de salud para todos y la estrategia de atención primaria, debe haber incorporado durante su proceso de formación, un conjunto de valores que le permitan identificar la trascendencia social de estas acciones y no como un tránsito que tiene que cumplir para tener acceso a otros niveles educativos a fin de lograr en mejor grado su realización profesional.

Si bien en la primera parte de este aspecto se hace referencia fundamentalmente al médico general, estos postulados son igualmente válidos para los especialistas, pues una estrategia de atención primaria de salud, que garantice la calidad del acto médico como una de sus funciones, tiene que estar en interrelación con otros niveles de atención de salud. Se debe comprender la importancia de esta interrelación y actuar en apoyo a los programas que se diseñan a tal fin ya que allí se está jugando gran parte del futuro de la salud de nuestra población.

Sólida formación científica

El formar médicos para intervenir en una estrategia de atención primaria de salud, la cual se basa en una asistencia sanitaria esencial, y en métodos y tecnologías prácticas, puede llevar al equívoco de que formar personal para su acción en ella bastaría con simplemente un proceso de adiestramiento esencial en tecnologías de gran impacto a nivel de indicadores de salud, pero ninguno en la generación de equidad en lo referente a la atención de salud. El médico que actúe en este nivel necesita, por varios factores, una debida formación científica. Entre ellos tenemos:

- La necesidad de comprender científicamente la dimensión biológica y social del proceso de salud-enfermedad y su sistema explicativo-causal, tanto en su dimensión individual como colectiva. Solo así podrá generar acciones diagnósticas y terapéuticas eficientes y eficaces que aseguren la equidad de la acción médico-social.
- La utilización racional de las tecnologías, o la aplicación de tecnología apropiada, exige una visión crítica que solo un sólido conocimiento puede ayudar a lograr.
- El desarrollo de conocimientos científico-técnicos y la obsolescencia del conocimiento van a un ritmo tan vertiginoso que el médico, en cualquier esfera de acción, tiene la necesidad de un aprendizaje permanente. Solamente las bases sólidas, la actitud y la metodología de un aprendizaje activo le permitirá incorporar en forma sistémica y no anárquica y desorganizada y por lo tanto improductiva, los avances que día a día se dan en su área de conocimiento.

La discusión a este nivel sería: ¿cuál es la formación científica, qué cuerpo de conocimiento la componen, cuál es su extensión? El explosivo desarrollo del conocimiento científico, el surgimiento de un gran número de especialidades reconocidas académica, profesional y gremialmente y otros factores como la ya referida obsolescencia del conocimiento científico, han convertido en un "imposible" la transmisión a los estudiantes del "conocimiento actual", si acaso se puede hablar de él en el área de la medicina.

Otro hecho resaltante que amerita una discusión en cada realidad a fin de encontrar la forma más adecuada para abordarla, es que el desarrollo del conocimiento científico cada vez va borrando más los límites tradicionales entre disciplinas, como la histología, la fisiología, la bioquímica u otras. Los enormes avances en biología celular o molecular, por ejemplo, cada vez evidencian más la íntima relación entre las estructuras anatómicas, los procesos bioquímicos y fisiológicos en donde cabría preguntarse: ¿cuál es el límite de cada uno de ellos? El avance en el estudio de factores de riesgo ha colocado un nuevo centro de discusión entre los límites o interrelación de lo normal y lo patológico.

Ante esta situación existen múltiples alternativas pero encontramos algunas constantes:

- La necesidad de conocer los principios básicos de la estructura biológico/social del hombre, que permitan al médico incorporar en forma sistémica los nuevos conocimientos, que en un proceso inacabado de aprendizaje, vaya adquiriendo.
- La comprensión como totalidad biológica/social, individual y colectiva del ser humano.

- La articulación e integridad del conocimiento científico en los campos biológico y sociales.

Aprendizaje permanente

Intimamente ligado al punto anterior se encuentra el hecho de que el médico del siglo XXI, en cualquier área de la medicina, pero de gran trascendencia en la medicina general, se encuentra ante la necesidad de estar preparado metodológicamente para un aprendizaje activo, continuo y en gran parte autónomo. La autorresponsabilidad de mantenerse actualizado en consonancia con el desarrollo científico-tecnológico y la capacidad para realizarlo eficazmente deben ser valores establecidos en su proceso formativo y fomentados y estimulados durante su praxis médica.

La aptitud y actitud del profesional de la medicina para el autoaprendizaje permanente deben haber sido formados en su proceso educativo formal; las metodologías y técnicas utilizadas para ello deben estar en consonancia con las que luego se utilizarán o a las cuales tendrá acceso en su ejercicio profesional; de lo contrario, se caería en una peligrosa incoherencia que impediría la eficacia de esta actividad.

Habilidades y destrezas para el trabajo integral clínico-comunitario en un primer nivel de atención

La delimitación de las habilidades y destrezas que debe tener un médico general es variable y está en estrecha relación con la organización global del Sistema Nacional de Salud, por lo tanto la respuesta de este principio no es única; sin embargo, resulta evidente que se debe cumplir con algunas premisas. La primera de ellas es que el médico debe estar en capacidad de abordar los problemas de salud individuales o colectivos, identificarlos, delimitarlos y precisar una conducta resolutive del mismo o establecer la necesidad de referirlos a otro nivel de atención que esté en capacidad de resolverlo adecuadamente; por lo tanto, un primer destino necesario es el de establecer cuál debe ser su nivel resolutive y cuál el de transferencia.

En lo referente al primero se debe capacitar al médico para manejar eficazmente los programas de fomento, promoción, curación y rehabilitación de mayor trascendencia epidemiológica y desde una perspectiva integral en lo biológico-social y en lo individual-colectivo. A este respecto, la formación clínica para que esté en capacidad de manejar con la mayor profundidad posible los métodos de exploración semiológica y en general las tecnologías de baja escala y de un costo que asegure la accesibilidad y equidad del acto médico a la población en general, se convierte en elemento esencial en el perfil del egresado. Así mismo su entrenamiento

en métodos y técnicas (epidemiológicas, estadísticas, educativas y gerenciales), que le permitan la conceptualización, descripción y explicación del proceso salud-enfermedad como fenómeno colectivo y el diseño y la aplicación de acciones resolutivas es vital en el perfil profesional del médico general. En síntesis, se podría afirmar que el médico general debe tener una elevada capacidad resolutiva de los problemas de salud individuales y colectivos de mayor demanda, en consonancia con los otros elementos constituyentes de la atención primaria de salud. En una situación que no esté en su capacidad el resolver debe saber identificarlos y transferirlos a otras instancias del Sistema Nacional de Salud, el cual también debe estar preparado para actuar en consecuencia, porque solo así se podrá hablar de una verdadera atención primaria, como estrategia que asegure la calidad y equidad de la atención de salud.

UTILIZACION RACIONAL DE LAS TECNOLOGIAS

Las formulaciones iniciales sobre atención primaria de salud hablaban en favor de la utilización de tecnologías apropiadas, lo cual también inicialmente llevó a entenderse con una visión reduccionista de solo la utilización de tecnología "sencilla". Creemos que lo que en realidad está planteado es que de acuerdo con las necesidades de salud de la población y a los fines de asegurar la equidad de la atención de salud, el sistema de atención de salud en general, y el médico en particular, deben asumir crítica y racionalmente la utilización de cualquier tecnología de diagnóstico o terapéutica, dirigida bien al individuo o a la colectividad. Los criterios de efectividad, eficacia y costo-beneficio de los diferentes procedimientos, deben ser manejados en forma crítica por el médico ya que es una forma de romper la cadena de la dependencia de una tecnología de la salud de eficacia no probada, de abordar la desmistificación de la tecnología médica, haciéndola accesible a quien esté en capacidad de manejarla. En este sentido el concepto de tecnología no se reduce a la disponibilidad y utilización de equipos, sino a la utilización sistémica del conocimiento científico en la resolución de problemas.

Trabajo en equipo

El médico debe asumir conductualmente una acción de trabajo en equipo tanto desde una perspectiva intrasectorial como intersectorial. Una atención de salud integral depende cada día más de un efectivo trabajo en equipo, en el cual si bien existe una división técnica del trabajo, socialmente se asume una dinámica en donde lo resaltante es el objetivo final del programa y no la funcionalidad de una de sus partes.

Anteriormente se había señalado que el problema de salud era de una dimensión e interdependencia tal que no se podía abarcar solamente con la acción de un profesional o de un equipo limitado a un sector, sino que tenía que ser multisectorial, en donde prácticamente se comprometía al conjunto social en la búsqueda de una mayor salud, que es casi decir una mayor calidad de vida. El médico debe tener la actitud adecuada para incorporarse a este esfuerzo, y en este proceso constituir con equipos de acción, un liderazgo colectivo que movilice la lucha por una mejor salud. Sus capacidades como técnico, con habilidades para la comunicación interpersonal, para la búsqueda de las articulaciones interprogramáticas son solo algunos aspectos que en este punto deben distinguir a ese profesional y que deben ser estimulados y modelados en su proceso formativo.

Visión democrática de la praxis-médica

El postulado de salud para todos y atención primaria, tiene como elemento central de su justificación y conceptualización, un proceso de democratización de la salud. En esencia, se busca la equidad, que no es más que justicia social. Un punto central en esta estrategia es la participación de la comunidad en todo el proceso de respuestas a la situación de salud-enfermedad, proceso que se inicia en la autorresponsabilidad individual y colectiva sobre la problemática de salud; consecuentemente se debe lograr una participación de los diferentes grupos sociales en el diseño, ejecución, control y evaluación de las políticas y sus programas de salud. La forma como cada sociedad la aborda será diferente. Para una acción de esta naturaleza el médico y el equipo de salud en general debe entender que lo importante es que cada quien asuma su responsabilidad, que todos tienen derecho a participar, que no existen voces definitivas o "líderes" que impongan unilateralmente sus criterios, sino que el de todos tendrá su importancia, y el mejor para un momento dado será el que el colectivo decida. Evidentemente, la capacidad tecno-científica del médico lo colocará en una situación que le permitirá un abordaje del problema salud y de sus programas resolutivos, que tendrá una fuerza particular, pero debe entender que no es la única forma de establecer un conocimiento y que el respeto a las visiones colectivas es un elemento esencial de la vida en sociedad. Estos criterios de funcionalidad democrática deben aplicarse en la praxis cotidiana del equipo de salud, ya que es una de las tácticas que generan mayor cohesión grupal, elemento central en la constitución de equipos de trabajo.

El respeto a la participación democrática de los diferentes actores sociales también constituye parte de la razón ético-social que debe caracterizar a este profesional y que fue analizado como primer criterio.

LAS ESTRATEGIAS: COMO FORMAR MEDICOS EN EL MARCO DE LA SALUD PARA TODOS

El asumir el reto de formar médicos en correspondencia con la meta de salud para todos con el perfil educacional que se describió anteriormente, plantea un conjunto de exigencias no solo a las escuelas de medicina en lo referente a sus propuestas curriculares, o al desarrollo de sus procesos de enseñanza-aprendizaje, sino también a la universidad como un todo, a las instituciones prestadoras de servicios de salud y en un sentido más amplio a la sociedad. Así como se planteaba que una política como la que se ha analizado en este artículo no puede ser solo responsabilidad de una institución o de un sector, así mismo la formación de personal técnico que catalice su desarrollo debe ser visto como una acción colectiva que realmente contribuya al logro del perfil deseado.

La universidad necesaria

La universidad latinoamericana para asumir el reto que se le plantea necesita trascender a lo que ha sido el centro de su acción en los últimos años como lo es la formación de personal que se incorpora mecánicamente a un mercado de trabajo, presentando en múltiples oportunidades un desfase con las realidades y necesidades sociales. La investigación ha carecido de una política y estrategia integradora que contribuya decididamente a plantear a la formación social una alternativa de transformación en diversas áreas de su quehacer; la función de extensión se ha reducido en la mayoría de los casos a llevar servicios preestablecidos, notándose la ausencia de una verdadera comunicación. Estas misiones académicas de la universidad deben adquirir un status diferente correspondiente a sus misiones sociopolíticas, que la América Latina con los rasgos que la caracterizan en esta época histórica, le exige. En este sentido se impone un rescate de la misión socio-política de la universidad, en donde esta se incorpore a la construcción colectiva de alternativas de desarrollo, ofreciéndole a la sociedad apoyo para los procesos de transformación que se están generando en su interior. La universidad debe articularse a otras instancias sociales para generar un proceso colectivo de construcción de conocimientos que canalicen el avance social, avance signado por la profundización democrática de la sociedad, por un desarrollo en donde el hombre como ser social es el centro de las propuestas.

Juan César García y María Isabel Rodríguez han sido dos de los educadores médicos de mayor relevancia en América Latina que han salido al rescate del papel de la universidad, viendo a esta como una fuerza capaz de crear "en su proceso de desarrollo un espacio social diferenciado, que le permite mediar las presiones y requerimientos externos, así como regular

las acciones y relaciones universitarias. Así, no obstante que las estructuras externas intentan que la universidad se refleje a la necesidad social, tal como es interpretada por esas estructuras, la universidad determina con un cierto grado de autonomía la organización de sus actividades y la reinterpretación de dichas necesidades sociales. Es por consiguiente, dentro de estos límites, donde se dan las posibilidades de la actividad y de la innovación" (3).

La estrategia de atención primaria de salud compromete a la universidad como un todo; ya no es posible dar una respuesta coherente solo a través de las escuelas o facultades de medicina; es necesaria la participación de prácticamente todas sus instancias de docencia, investigación y extensión, en una propuesta integradora que implique desde un reordenamiento del saber acumulado, la generación y difusión de nuevos conocimientos de cómo entender la salud y la praxis médica y su puesta en ejecución en la formación de nuevos profesionales y en la educación continua de los que se encuentran en ejercicio.

La misión ética de la universidad adquiere vigencia en los términos de la coherencia entre las necesidades básicas de la sociedad y sobre todo, en los grupos con los cuales existe una deuda social y sus propuestas sociopolíticas y académicas. El proceso educativo debe tener un claro sentido ético, tanto en correspondencia a uno de los principales criterios con los cuales se estableció el perfil educacional-profesional del egresado, como en su dimensión integral de ciudadano que se incorpora a un proceso democrático, con una clara visión de su responsabilidad que le marca el 50% de la población en situación de pobreza crítica.

La universidad en su quehacer cotidiano debe contribuir al logro de los perfiles señalados, no solo a través de la organización de un plan de estudio, pues el sentido ético en la profesión no se forma con clases de ética, sino con un paradigma ético de acción social y con un claro perfil ético de la actividad pedagógica. La integralidad y multidisciplinaridad en el abordaje de los problemas, no se forma a través de unidades integradas de aprendizaje, sino a través de un paradigma de investigación, docencia y extensión de la universidad como un todo con la sociedad civil a la que se debe. Un sentido de liderazgo colectivo democrático se forma en una universidad democrática, donde todos los actores sociales estén incorporados a su proceso de desarrollo. El verdadero sentido de la misión ética de la universidad es esta correspondencia entre su discurso y su hacer cotidiano, como un todo en el proceso de formación de profesionales, en la génesis y difusión del conocimiento y en la comunicación democrática con la sociedad civil y política.

Las formas como aborde la universidad sus misiones sociopolíticas y éticas, marcan a su misión académica. Las funciones de docencia, investigación y extensión deben estar en correspondencia con estas propuestas, y en el caso específico de su intervención en relación con la meta

de salud para todos y la estrategia de atención primaria, surge como elemento central la integralidad que debe existir entre las funciones de docencia, investigación, comunicación-cooperación con las comunidades y grupos de prioridad socio-epidemiológica. El proceso académico debe romper con las divisiones ficticias entre lo teórico y lo práctico, lo intramural o extramural, la investigación y la docencia, la docencia y el servicio, y así como otras que han impedido en gran medida fortalecer la presencia universitaria en las estrategias referidas. Las políticas académicas deben reflejarse en forma orgánica en los lineamientos curriculares, visto el currículo como un proceso integral de formación intelectual de un futuro profesional, como un todo orgánico teórico-práctico de formación de personal, que contribuye a su logro y realización individual, como al colectivo en el cual se encuentra inmerso.

La formación de médicos en el marco de las estrategias analizadas exige un conjunto de lineamientos curriculares que parte del perfil educacional profesional propuesto anteriormente, el cual debe incidir decididamente en la estructura funcional del currículo. Evidentemente no es la única variable que influye pero debe convertirse en eje central de los procesos de construcción curricular. Sin intentar ser exhaustivos o solo a título de ejemplificar mejor la idea de coherencia interna entre perfil y estructura funcional curricular, se referirán algunos lineamientos que han sido identificados como trascendentes en las propuestas analizadas:

Interdisciplinaridad: Los problemas de salud son síntesis de múltiples determinantes biológico-sociales, y que se expresan tanto en dimensiones colectivas como individuales. A su comprensión y resolución muchas disciplinas científicas realizan extraordinarios aportes, presentándose casi una insolubilidad entre las diferentes dimensiones de este proceso. Los mismos postulados de la atención primaria de salud promueven el abordaje multidisciplinario e intersectorial. Por lo tanto, en el proceso de formación de los médicos, deben construirse espacios de enseñanza-aprendizaje en donde el abordaje de las diferentes áreas del conocimiento médico y de los problemas de salud individual-colectivo sean analizados en forma multidisciplinaria.

La integralidad de la atención de salud: La organización de la enseñanza-aprendizaje debe estar dirigida a fortalecer la visión integral del acto médico en donde se conjugan lo preventivo-curativo y lo individual-colectivo. El estudiante debe ser modelado desde sus inicios en la educación médica, para realizar una atención de salud que tenga como centro la promoción de la salud en cualquier momento de la historia social de la situación de salud-enfermedad. Deben articularse métodos y técnicas que permitan el abordaje de esta problemática tanto desde la óptica colectiva como en sus expresiones individuales.

La resolución de problemas como centro de la estrategia docente: El problema como discrepancia entre un ser y un deber ser y expresión abs-

tracta de una realidad, es un elemento intelectual central en la génesis de los procesos de transformación; es síntesis de múltiples determinaciones y por lo tanto su delimitación, conocimiento y resolución exigen una visión integral del mismo, lo cual implica un abordaje interdisciplinario, en donde se articulan lo teórico y práctico. El abordaje y resolución de problemas como estrategia docente no debe reducirse a una práctica sobre modelos simulados, sino que debe abrirse a una acción directa en la realidad social en la cual se encuentra inmersa la unidad docente-alumno, creando la noción de servicio y de trabajo en equipo; al mismo tiempo debe brindar elementos metodológicos para la toma de decisiones y para el aprendizaje activo.

Aprendizaje activo: El estudiante debe dejar de ser un receptáculo de conocimientos que va adquiriendo en forma pasiva y mantenidos hasta que sus mecanismos de memoria se lo permitan, para convertirse en un personal creador y crítico del conocimiento, que le permita ajustarse a un momento del desarrollo científico-técnico con una gran dinámica de transformación, necesidad con la cual se va a encontrar a lo largo de toda su carrera como médico. Estos procedimientos de aprendizaje activo también le facilitarán enfrentar más eficazmente muchas de las nuevas realidades que se darán en el campo de la práctica médica, en un mundo de escenarios cambiantes a un ritmo no conocido por la humanidad.

Trabajo en sistemas locales de salud: El estudiante de medicina debe tener como referencia formativa, que la práctica de salud no se realiza ni en forma accidental ni solo en establecimientos de salud, sino que forma parte de un todo que comienza en la autorresponsabilidad de cada uno de los individuos, pasando por los grupos sociales hasta llegar a las instituciones oficiales o privadas prestadoras de servicios de salud. El comprender que es una totalidad en donde él como ciudadano y como técnico se encuentra inmerso, le dará otro sentido a su responsabilidad como estudiante y posteriormente como profesional. El poder intervenir en programas comunitarios articulados a los diferentes niveles de atención de salud le permitirá también ubicar en el contexto exacto el proceso de aprendizaje en el cual se encuentra inmerso. Adquiere también relevancia en este aspecto el identificar que el trabajo médico es un trabajo en equipo y en la medida que conductualmente así lo asuma estará en correspondencia con los postulados de la atención primaria de salud y con la ruta que actualmente lleva toda la práctica médica.

Existen otros lineamientos de gran importancia como son las bases necesarias del conocimiento biológico-social para poder aproximarse en forma sistémica a la gran dimensión del conocimiento médico. Los procesos de adquisición de metodologías de estudio-trabajo; la articulación de su formación integral como intelectual y ser sociopolítico con su formación y adiestramiento para la inserción en un mercado de trabajo; los criterios de secuencia y continuidad que deben prevalecer en esa estructura

curricular y otros elementos más que, por razones expositivas, no serán tratados en este artículo.

Los servicios de salud necesarios

Al principio de este capítulo se señalaba que un proceso de formación de médicos en razón a la salud para todos era algo que escapaba a la sola responsabilidad de la universidad, y comprometía a los servicios de salud. Si ya en relación a otras políticas de salud y de formación de personal se había identificado la necesidad de la articulación docencia-servicio, en este caso se hace prácticamente imprescindible. Al ser el sistema de salud el espacio fundamental de acción del estudiante en formación, tiene que prevalecer en él las particularidades en las cuales se sustenta la atención primaria de salud, entendiéndose la pluralidad de actores sociales que participan dentro de este sistema, la articulación intra e intersectorial, la participación de las diferentes fuerzas sociales en los procesos de toma de decisión y ejecución. Para decirlo en forma esquemática, simplemente se necesitan servicios de salud que cumplan con los postulados de la atención primaria.

REFERENCIAS

- 1 Organización Panamericana de la Salud. Crisis económica y su repercusión en la salud. Informe preparado por la Secretaría de la OPS para el Subcomité de Planificación y Programación a largo plazo del Comité Ejecutivo. Washington, D.C., noviembre de 1985.
- 2 Montilva, L. El derecho a la salud. *Medicina Social*, Número extraordinario No. 2. Barquisimeto, Venezuela, Ed. Fundaeduco, 1985.
- 3 García, J. Ponencia en la XIII Conferencia Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina. Citado por Rodríguez, M. en: *Alternativas transformadoras en la educación médica latinoamericana. Memorias de la XIV Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina*. Quito, Ecuador, 1988.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

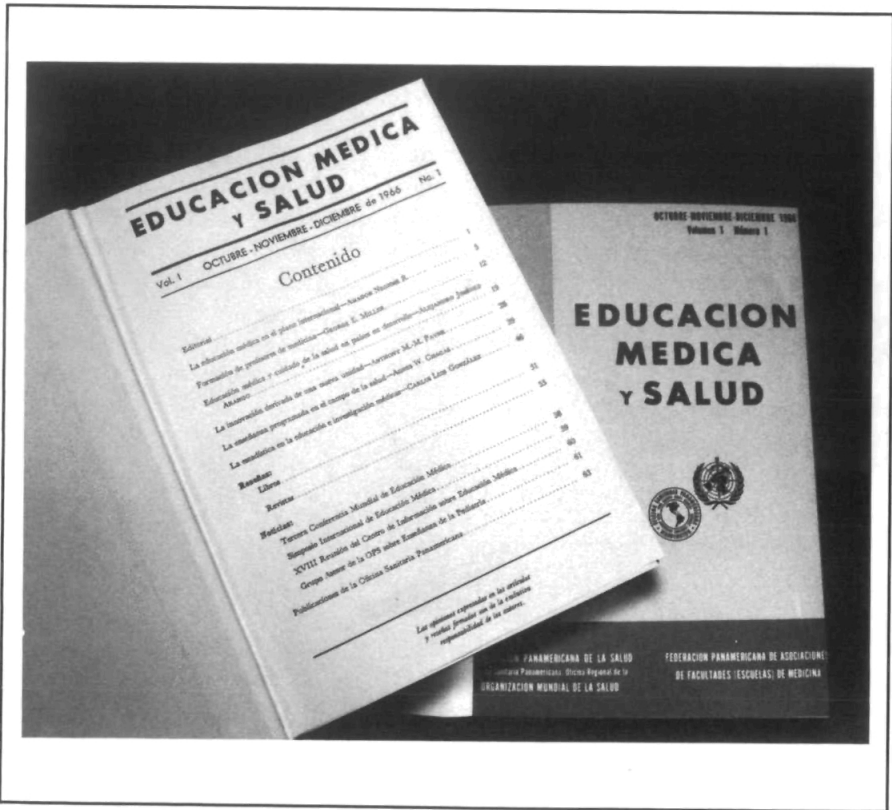
- ALAFEM y UDUAL. Memorias de la XIV Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina. Quito, Ecuador, ALAFEM, 1988.
- Asamblea Mundial de la Salud. Las Universidades: ¿Torres de marfil o atalayas para el progreso? (Extractado del documento de base y del informe a la 37ª Asamblea Mundial de la Salud, presentado por el Presidente de las Discusiones Técnicas sobre función de las universidades en las estrategias de salud para todos). *Bol Of Sanit Panam* 100(6):660-667, 1986.
- Bloom, S. The medical school as a social organization: The sources of resistance to change. *Medical Education* 23:228-241, 1989.
- FEPAFEM. Educación médica en las Américas. El reto de los años 90. Informe Final del Proyecto EMA. Caracas, FEPAFEM, 1990.
- FEPAFEM (Dirección Ejecutiva). Reflexiones sobre la educación médica en el Continente: De dónde venimos . . . Hacia dónde vamos . . . Documento de trabajo preliminar para ser analizado durante las reuniones del Comité Administrativo y del

- Consejo de FEPAFEM en San José de Costa Rica, 1991.
- Ferreira, J. Formación de recursos humanos para la medicina del año 2000. *Educ Med Salud* 17(1):54-68, 1983.
- Franco, S. Orientación biosocial de la educación y salud en la sociedad. *Educ Med Salud* 24(2):103-114, 1990.
- Haddad, J. y De Canales, F. Capacitación de personal para la meta de salud para todos en el año 2000 y la estrategia de atención primaria: Una propuesta metodológica. *Educ Med Salud* 17(1):69-87, 1983.
- Márquez, P. y Engler, T. Crisis y salud: Retos para la década de los 90. *Educ Med Salud* 24(1):7-26, 1990.
- McGuire, C. The Curriculum for the Year 2000. *Medical Education* 23:221-227, 1989.
- Mejía, A. Educación continua. *Educ Med Salud* 20(1):43-69, 1986.
- Moraes, H. La formación del médico para acciones en los sistemas locales de salud. *Educ Med Salud* 24(4):363-375, 1990.
- OMS y UNICEF. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, U.R.S.S., 6-12 de sept. de 1978. Ginebra, OMS, 1978.
- Organización Panamericana de la Salud. La Universidad latinoamericana y la salud de la población. Informes de los núcleos latinoamericanos I, II y III, preparatorios de la conferencia integrada realizada en La Habana, Cuba, 3-7 de junio de 1991. Caracas, edición preparada por el Dr. Patricio Yépez, 1991.
- Puchi, J. Planeamiento y análisis del currículo médico. Caracas, Universidad Central de Venezuela, 1980.
- Rondón, R. Esa universidad anhelada. Esa educación médica esperada. Comentarios para ser leídos durante las Jornadas de Análisis de la Escuela de Medicina de la U.C.L.A. Barquisimeto, 1991.
- Rondón, R. La atención primaria: Un reto superable. Mérida, Venezuela, Ed. Venezolana C. A., 1990.
- Sobral, D. A Interdisciplinaridade no Ensino Médico: Tres aspectos de análise. *Educ Med Salud* 24(4):379-388, 1990.
- Vidal, C. El desarrollo de recursos humanos en las Américas. *Educ Med Salud* 18(1):9-33, 1984.
- Vidal, C. El desarrollo de recursos humanos y el plan de acción. *Educ Med Salud* 18(2):113-124, 1984.

RESEÑA

PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE EDUCACION MEDICA Y SALUD

En noviembre de 1966 la Organización Panamericana de la Salud publicó y diseminó por los países de la Región de las Américas el primer número de *Educación Médica y Salud*. Fueron las Facultades de Medicina,



La portada y la página 1 (Contenido) del primer número de *Educación Médica y Salud*, publicado el 25 de noviembre de 1966.

inicialmente, los entusiastas receptores de la publicación, dado que se llenaba así un vacío cada vez mayor en lo que respecta a material de consulta y de intercambio sobre temas pertinentes a la formación de médicos en Latinoamérica.

En ese primer número (cuya portada e índice temático se muestran en la fotografía), el Dr. Abraham Horwitz, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en esa época, iniciaba el Editorial con la siguiente reflexión:

“Sostienen algunos psicólogos que no hay posiblemente otra área de las actividades humanas que se haya mostrado más resistente al análisis científico y al cambio tecnológico que la educación. Según ellos, los métodos por los cuales un profesor imparte conocimientos a los estudiantes se han modificado escasamente. En verdad, agregan, un número de críticos están convencidos que ha habido una declinación real en la efectividad de la enseñanza en los últimos 30 a 40 años. La formación universitaria quedaría incluida en estas apreciaciones, las que interpretamos orientadas esencialmente al proceso de aprendizaje, que es el objetivo de la educación.”

Y más adelante, en el mismo Editorial, el distinguido autor señalaba:

“Ofrecer un foro a los educadores del Continente para debatir estos asuntos es el objetivo primordial de *Educación Médica y Salud*. El título, en la más amplia acepción de los términos, expresa el proceso continuo de formación de profesionales y técnicos que colaboran en la prevención y curación de las enfermedades y en el fomento de la salud . . . Dentro de esta concepción se consideran los programas orientados a perfeccionar los conocimientos del médico en ejercicio, tanto en los centros urbanos como rurales. El tema general es que la educación médica y de la salud debe ser un proceso continuo, al servicio de la colectividad, que debe durar toda la vida y contribuir a mejorar el bienestar de la población.

Y finalizaba:

“Expresión de esta acción conjunta es esta publicación periódica que nace bajo el auspicio de ambas instituciones (la OPS y la Federación Panamericana de Facultades-Escuelas de Medicina), para colaborar con los países de las Américas con el fin de obtener una mejor salud para sus pueblos mediante la formación y adiestramiento de profesionales y técnicos conscientes de sus responsabilidades específicas y sociales.”

El editorial indicaba pues, desde su primer número, la orientación que tendría la publicación, las necesidades a las que se intentaba dar respuesta, y el énfasis que se daría a la educación de los médicos, a través de la divulgación, la información y la promoción del intercambio de conocimientos y experiencias en educación médica. Aún más evidente es la

lectura del índice de temas de ese primer número: "La educación médica en el plano internacional", "La formación de profesores de medicina", "Educación médica y cuidado de la salud en países en desarrollo", "La estadística en la educación e investigación médicas", todo ello está señalando de manera inequívoca, cual era la concepción prevaleciente en esa época en cuanto a Recursos Humanos para la Salud, característica que se mantuvo durante los primeros siete u ocho años de vida de la Revista, a tono con lo que los países y la propia Organización mantenían como línea de pensamiento y acción: la educación de los médicos como expresión casi sinónima de la cuestión de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud.

En ese marco la Revista sirvió como foro amplio para divulgar las experiencias y productos de las inquietudes de los docentes médicos; el análisis del material publicado revela el importante rol jugado por *Educación Médica y Salud* en la divulgación de hitos sobresalientes del proceso: el interés por el desarrollo de los Dptos. de Medicina Preventiva y Social (1968 a 1972), el Programa de Libros de Texto, la formación de los docentes, la vigorosa irrupción de las Escuelas de Enfermería en los espacios para el debate, la reflexión y la acción en salud, el impulso a la educación en ciencias sociales, el reconocimiento de que el personal auxiliar, el comunitario y el de nivel técnico medio son también recursos humanos para la salud. Más recientemente la Revista se ha hecho eco de las nuevas tendencias que parecen conformar la línea de trabajo en recursos humanos: la investigación sobre personal de salud, el análisis prospectivo de la educación en las profesiones de salud, el enfoque estratégico, la articulación básico-social, la educación permanente, el estudio de los problemas de la fuerza de trabajo en salud, la reorientación de la educación en salud pública, epidemiología y administración, entre otras.

Es así como, a partir del Volumen 21 (1987), se prepararon números dedicados totalmente al tratamiento de esas cuestiones; para ello se introdujo un nuevo estilo de trabajo, el de dedicar números completos al abordaje de dichas áreas y líneas de acción, dando prioridad como siempre, a los aportes y difusión de las experiencias y el conocimiento que se genera en los países y en los grupos nacionales de trabajo.

En los cuadros y tablas siguientes se presenta gráficamente información sobre los materiales publicados por la Revista, en términos de áreas temáticas y procedencia geográfica e institucional.

LOS RESPONSABLES DE LA REVISTA

La publicación ha merecido en todo momento el respaldo y apoyo de los funcionarios que han ocupado la Dirección de la Organización durante los últimos 25 años: Abraham Horwitz, desde su primer número en 1966 hasta enero de 1975, Héctor Acuña Monteverde, desde el 1 de febrero de 1975 hasta fines de enero de 1983, y Carlyle Guerra de Macedo

CUADRO 1. Area temática y/o campo de conocimiento de los trabajos publicados.

| Título | No. | % |
|--|-----|--------|
| Educación Médica | 129 | 23,12 |
| Educación en Enfermería | 49 | 8,78 |
| Educación Odontológica | 21 | 3,76 |
| Educación Farmacéutica | 1 | 0,18 |
| Educación en Salud Pública | 72 | 12,90 |
| Educación en Otras Profesiones | 8 | 1,43 |
| Educación Continua | 9 | 1,61 |
| Educación Permanente | 10 | 1,79 |
| Planificación de Recursos Humanos | 20 | 3,58 |
| Políticas de Recursos Humanos | 4 | 0,72 |
| Personal Técnico Medio | 11 | 1,97 |
| Medicina Preventiva y Social | 10 | 1,79 |
| Tecnología Educacional en Salud | 11 | 1,97 |
| Investigación sobre Personal de Salud | 25 | 4,48 |
| Servicios de Salud | 23 | 4,12 |
| Integración Docente Asistencial | 6 | 1,08 |
| Supervisión | 2 | 0,36 |
| Análisis del Desempeño Profesional | 1 | 0,18 |
| Educación en Administración | 6 | 1,08 |
| Educación en Epidemiología | 10 | 1,79 |
| Mercado de Trabajo en Salud | 25 | 4,48 |
| Promoción de Liderazgo | 1 | 0,18 |
| Ciencias Sociales | 14 | 2,51 |
| Internado, Servicio Social y Residencias | 9 | 1,61 |
| Ciencias Básicas en Salud | 4 | 0,72 |
| Economía, Política | 3 | 0,54 |
| Atención Primaria de Salud | 9 | 1,61 |
| Comités de Libros de Texto | 6 | 1,08 |
| SPT/2000 | 3 | 0,54 |
| Capacitación Pedagógica | 5 | 0,90 |
| Otras | 51 | 9,14 |
| Total | 558 | 100,00 |

desde el 1 de febrero de 1983 hasta la fecha de hoy. Por otra parte, se ha contado siempre con la supervisión y colaboración constante de quienes han ocupado la jefatura (Coordinación ahora) del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos (Departamento de Educación Médica cuando apareció el primer número, División de Desarrollo de Recursos Humanos e Investigación después) que han sido, sucesivamente, Ramón Villarreal y José Roberto Ferreira; el Departamento de Publicaciones (Programa de Información Científico-Técnica ahora) ha sido copartícipe importante de la publicación, bajo la conducción de Carlos Díaz Coller, Claire Harley y Manuel Bobenrieth, su actual Coordinador.

CUADRO 2. Procedencia institucional de los trabajos publicados.^a

| Procedencia | No. | % |
|---|-----|--------|
| Universidades (Escuelas de Medicina) | 88 | 34,92 |
| Universidades (Escuelas de Enfermería) | 28 | 11,11 |
| Universidades (Escuelas de Odontología) | 16 | 6,35 |
| Universidades (Otras Dependencias) | 5 | 1,98 |
| Escuelas de Salud Pública | 48 | 19,05 |
| Ministerios de Salud (Oficinas de Recursos Humanos) | 21 | 8,33 |
| Ministerios de Salud (Escuelas/Centros) | 2 | 0,79 |
| Ministerios de Salud (Otras Dependencias) | 1 | 0,40 |
| Instituciones de Seguridad Social | 1 | 0,40 |
| Colegios/Sociedades Profesionales | 3 | 1,19 |
| Grupos Particulares | 3 | 1,19 |
| Otras Instituciones | 13 | 5,16 |
| Otros | 23 | 9,13 |
| Total | 252 | 100,00 |

^aNo se incluyen trabajos enviados por sus autores a título personal, no institucional.

CUADRO 3. Procedencia geográfica de los trabajos (Países).^a

| País | No. | % |
|-------------------------|-----|--------|
| Argentina | 31 | 7,99 |
| Brasil | 81 | 20,88 |
| Bolivia | 3 | 0,77 |
| Canadá | 10 | 2,58 |
| Colombia | 46 | 11,86 |
| Caribe de Habla Inglesa | 8 | 2,06 |
| Costa Rica | 9 | 2,32 |
| Cuba | 12 | 3,09 |
| Chile | 29 | 7,47 |
| Ecuador | 5 | 1,29 |
| El Salvador | 2 | 0,52 |
| Estados Unidos | 40 | 10,31 |
| Guatemala | 3 | 0,77 |
| Haití | 1 | 0,26 |
| Honduras | 6 | 1,55 |
| México | 46 | 11,86 |
| Nicaragua | 2 | 0,52 |
| Paraguay | 4 | 1,03 |
| Panamá | 3 | 0,77 |
| Perú | 13 | 3,35 |
| República Dominicana | 4 | 1,03 |
| Uruguay | 4 | 1,03 |
| Venezuela | 18 | 4,64 |
| Países Europeos | 5 | 1,29 |
| Otros | 3 | 0,77 |
| Total | 388 | 100,00 |

^aNo se incluyen documentos de trabajo e informes de reuniones internacionales que fueron objeto de publicación.

CUADRO 4. Las contribuciones de la Organización Mundial/Organización Panamericana de la Salud y otras agencias internacionales.

| Nombre | No. | % |
|---|-----|--------|
| OPS (Prog. Desarrollo de Rec. Humanos, Nivel Central) | 91 | 66,90 |
| OPS (Otros Programas en el Nivel Central) | 22 | 16,18 |
| OPS (Representación en Países) | 7 | 5,15 |
| OPS (Centros, Programas Descentralizados) | 11 | 8,09 |
| Organización Mundial de la Salud | 5 | 3,68 |
| Total | 136 | 100,00 |

La preparación técnica de cada número, con todas las implicaciones relativas a los aspectos que competen al Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, ha estado a cargo de los siguientes profesionales:

Alejandro Jiménez Arango, colombiano, de 1966 a 1968
 Jorge Andrade, venezolano, de 1969 a 1971
 Miguel A. Márquez, ecuatoriano, de 1972 a 1979
 José Romero Teruel, brasilero, de 1979 a 1981
 Carlos Vidal, peruano, de 1981 a 1985, y
 Jorge Haddad, hondureño, de 1986 a la fecha de hoy.

Ellos fueron auxiliados, en los aspectos secretariales y de registro de artículos por:

Chila Argote, peruana
 Mayra Valdés, panameña
 Julia Brobeck, salvadoreña
 Rosa Spangler, ecuatoriana
 Amanda Ellauri, costarricense, y
 Rina M. Marcoux, peruana, esta última, desde 1986 a la fecha de hoy; y también responsable de la creación y diseño de un banco de datos computarizado exclusivamente para la Revista *Educación Médica y Salud*.

La paciente labor de edición, revisión editorial de los trabajos ha estado a cargo de:

Sofía Krisillas, panameña (QEPD)
 Rita Shelton, norteamericana
 Gladys Onega, argentina
 Delia Goldin, argentina (QEPD)
 Concepción Segura, mexicana

Rafael Cruz, argentino, y
Raquel Betancourt, cubana

Los editores a su vez fueron apoyados en los aspectos de tipografía, producción y publicación por:

Ligia Bonilla, nicaragüense
Inés Tovar, colombiana
María Inés Pantano, norteamericana
Ivonne May, nicaragüense
Ana María Leone, peruana
Flor de María Rojas, peruana, y
Mariesther Alborná, norteamericana

EL FUTURO

El estímulo a la producción, la sistematización y la correcta utilización de la información científico-técnica constituye un área prioritaria de acción del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización. *Educación Médica y Salud* ha jugado un importante papel a lo largo del último cuarto de siglo, en ese espacio. Y ha tratado, en repetidas ocasiones, de hacerse eco de las inquietudes más relevantes que en el área de desarrollo de recursos humanos emergen en la Región de las Américas, divulgando las ideas de unos para estimular las de otros, fomentando la crítica constructiva, propiciando la reflexión y el debate, apuntalando conceptos, fortaleciendo líneas de pensamiento, ampliando espacios de estudio y de trabajo. Se prevé que esta línea de trabajo prioritario del Programa continuará a través del aporte sustantivo de los principales sostenedores de la publicación, que son los autores latinos y norteamericanos que la nutren. Y hay espacio además, para la creatividad y la innovación: las sugerencias serán siempre bienvenidas.

En el momento actual se introduce como una modalidad nueva, la preparación de números de la publicación dedicados totalmente a grupos de trabajadores de un mismo país, que hayan desarrollado experiencias y generado conocimiento nuevo en determinadas áreas de trabajo. Se inició con la publicación en el primer número de este volumen, de *FUERZA DE TRABAJO EN SALUD: LA EXPERIENCIA DE BRASIL*; y continuará en números próximos con *RECURSOS HUMANOS PARA LA ATENCION PRIMARIA: LA EXPERIENCIA DE CUBA*; *LA GESTION Y ADMINISTRACION DE LA FUERZA DE TRABAJO: LA EXPERIENCIA DE CANADA*; *PARTICIPACION SOCIAL E INTEGRACION DOCENTE-ASISTENCIAL: LA EXPERIENCIA DE COLOMBIA*, y *CURRICULUM DE ESTUDIOS MEDICOS: LA EXPERIENCIA DE ESTADOS UNIDOS*.

Se introducirá además, a partir del Volumen 26, la dedicación de un número cada año a la divulgación de trabajos para promover la Capacitación Avanzada en Desarrollo de Recursos Humanos, en los cuales se pretende introducir artículos y documentos sobre cuestiones relevantes para este nivel de capacitación a los que toman decisiones en planificación, en formación, en administración y utilización de recursos humanos; los temas serán tratados por grupos de expertos y estudiosos de la Región en determinadas áreas nuevas, que sirvan para la reflexión y el análisis en un nivel avanzado. En próximos números se tratarán asuntos como intersectorialidad, pensamiento estratégico, políticas sociales, economía y financiamiento en recursos humanos, proceso de trabajo en la formación de personal, y otros.

Los títulos de los próximos números de *Educación Médica y Salud* incluyen los siguientes:

Vol. 26, 1992

1. Ciencias sociales y formación de recursos humanos
2. Capacitación avanzada en desarrollo de recursos humanos I
3. La universidad y SPT/2000
4. Recursos humanos para atención primaria: La experiencia de Cuba

Otros títulos a ser publicados, sin fecha precisada aún, incluyen: Información en recursos humanos, análisis del modelo de atención, proceso de trabajo y aprendizaje, investigación en apoyo a procesos educativos, capacitación avanzada en desarrollo de recursos humanos II, gestión de personal de salud: la experiencia de Canadá, curriculum en salud: la experiencia de Estados Unidos, participación social: la experiencia de Colombia, y planificación estratégica en desarrollo de recursos humanos.

Una palabra final para todos los autores, editores, impresores, secretarías, en fin, los trabajadores del sector salud de la Región de las Américas, lectores y generadores del entusiasmo y optimismo creador y productivo: *GRACIAS*.

Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la
Organización Panamericana de la Salud

NOTICIAS

TALLER DE INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS DOCENTES DESCENTRALIZADAS

Del 5 al 7 de junio pasado tuvo lugar en Colón, Panamá, un Taller subregional de intercambio de experiencias descentralizadas de Educación Permanente en Salud, bajo la responsabilidad organizativa de PASCAP; el evento fue continuación de otras actividades similares realizadas en 1987 y 1989, y tuvo como objetivos promover el intercambio de experiencias desarrolladas en Centroamérica y la República Dominicana en Educación Permanente, identificar y analizar causalmente las áreas críticas comunes en el desarrollo de estos procesos educativos, y definir líneas prioritarias de acción a nivel nacional y subregional para fortalecer el desarrollo de la Educación Permanente.

La metódica seguida incluyó paneles con presentaciones de los distintos grupos nacionales participantes: "El proceso de regionalización y el desarrollo de la Educación Permanente en el nivel local" presentado por Costa Rica, El Salvador, Honduras y Panamá; "La participación del sector formador en la Educación Permanente" estuvo a cargo de Guatemala, República Dominicana y Nicaragua. Tuvieron lugar además presentaciones formales sobre "La Educación Permanente y los Sistemas Locales de Salud" y "Educación Permanente en el contexto de la evaluación de servicios y el desempeño de personal".

Las discusiones subsiguientes y los trabajos grupales produjeron informes que servirán de insumo para identificar las áreas de cooperación de PASCAP con los países de la subregión centroamericana.

MAGISTER EN BIOESTADISTICA EN LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Nuevamente la Universidad de Chile pone a disposición de los profesionales latinoamericanos interesados, su Programa de Maestría en Bioestadística para el período 1992-1993. Se trata de

- proporcionar una formación académica de alto nivel en los métodos cuantitativos y su aplicación en las ciencias biológicas;

- entregar conocimientos que permitan al graduado un desempeño eficiente en la docencia e investigación superior, como también en la prestación de asesorías a organismos e investigadores de ciencias biológicas, y
- proporcionar la capacitación necesaria a los profesionales en la organización y administración de información en salud con el objeto de planificar, poner en práctica y evaluar programas en los servicios de salud de distintos niveles.

El Programa está abierto a profesionales (Licenciatura o equivalente) de las ciencias biológicas, sociales o matemáticas, que sean aprobados para admisión, que dominen el idioma español y que se dediquen en forma exclusiva al programa.

La postulación se acepta hasta el 31 de diciembre de 1991. Mayor información puede obtenerse solicitándola al Director del Programa Magister en Bioestadística, a la dirección siguiente:

Escuela de Salud Pública, Fac. de Medicina
Universidad de Chile
Casilla 6537, Correo 7
Santiago, CHILE.

CIENCIAS SOCIALES EN ENFERMERIA: GRUPO DE TRABAJO

Del 19 al 23 de agosto pasado tuvo lugar en Cali, Colombia, la reunión de un grupo de trabajo convocado para tratar sobre el tema del epígrafe. La reunión fue patrocinada por la Universidad del Valle y la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Enfermería y contó con el respaldo técnico y financiero del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización.

El evento giró alrededor de la discusión de un documento básico sobre "La presencia de las ciencias sociales en la formación de la enfermera" que fue preparado para este fin específico; el grupo discutió la presencia de las ciencias sociales en la formación, la investigación y la práctica de enfermería hasta la fecha de hoy; y exploró principios para una integración orgánica de este campo del conocimiento a la enfermería, así como los aspectos metodológicos implicados.

Participaron profesionales representativos de distintas instituciones universitarias del Continente en el área de enfermería y en el campo de las ciencias sociales. Un resumen de los asuntos relevantes del encuentro así como los aspectos sobresalientes del Informe Final serán dados a conocer en el próximo número de *Educación Médica y Salud*, que estará dedicado por entero a examinar la situación actual de la integración de las ciencias sociales a los aspectos formativos de recursos humanos en salud.

FE DE ERRATA

En el Vol. 25 No. 1 de *Educación Médica y Salud*, y en el artículo “Perspectivas de la Enseñanza en Salud Pública en el Brasil”, se consignó como autora a la Dra. Tania Celeste Matos Nunes.

Son autores de dicho trabajo la Dra. Tania Celeste Matos Nunes y el Dr. Paulo Marchiori Buss; desafortunadamente el nombre de este último fue omitido involuntariamente.

Rogamos a los lectores tomar nota de esta aclaración.

INDICE DEL VOLUMEN 25 (1991)

Educación Médica y Salud

A

- Alvarez Fernández, R., 167
América Latina, investigación en enfermería, 154-166
Análisis
 de políticas y sistemas de información en recursos humanos, 348-349
 del aprendizaje de un taller de trabajo, 208-217
Ancianos (*véase* Vejez)
Aneiros-Riba, R., 387
Arredondo, A., 254
Atención primaria de salud
 hospital-médico de la familia, interrelación, 223-240
 seminarios, 99-100, 219-220
 taller de trabajo, 208-217

B

- Barahona H., R. A., 167
Barona de Infante, N., 325
Becerra Moncayo, E., 325
Bolivia, 221, 280-314
Bortoli Cassiani, S. H. de, 241
Brasil, 72-76, 77-89, 98-99, 126-137, 241-253

C

- Camacho de Ospino, G., 370
Canadá, 218, 221
Casas Donneys, M. E., 194
Casas Olascoaga, R., 333
Centroamérica, 350

Centros

- de capacitación "Izabel dos Santos", 352
 de formación y desarrollo metodológico para el área de la salud, 90-96
Cerna Barba, M., 325
Ciencias veterinarias y sociedad, 333-345
Colombia, 325-332
Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, II, 97
Conferencia Panamericana de Educación Médica, XIII, 99, 220
Conferencia Universidad Latinoamericana y Salud de la Población, 100, 352-354
Congreso Panamericano de Diálisis y Trasplante, Segundo, 98
Costa Rica, 99, 167-177, 220
Cruz, C., 254
Cuba, 97-98, 99-100, 220-221, 223-240, 352-354, 387-409
Curso de especialización en salud, 98-99
Chile, 457-458

D

- Delgado, H., 315
Delgado Rodríguez, M., 208
Diálisis, Congreso Panamericano, Segundo, 98

E

- Economía
 formación de recursos humanos en salud, 254-267

revisión de programas en las escuelas de salud pública de los Estados Unidos de América, 178-193

Educación

a distancia, técnicas, 315-324
aspectos metodológicos, 194-202
colectiva, 77-89
en ciencias de la salud, 387-409
en salud pública, perspectivas, 72-76, 350
investigación en salud, 97-98, 352
médica
 Conferencia Panamericana, XIII, 99, 220
 en la década de 1990, 48-57
 y la salud para todos, 432-448
permanente
 de personal de salud, 167-177
 en programas específicos, 350-351
 taller de trabajo, 457
superior, maestría, 218

Enfermería

enseñanza clínica, evaluación curricular, 103-117
investigación
 América Latina, 154-166
 Coloquio Panamericano, II, 97
 grupo de trabajo, 458
 recolección de datos, 241-253
salud para todos en el año 2000, 370-377, 410-431
Estados Unidos de América, 178-193, 347-348, 350-351

F

Ferreira, J. R., 359
Fischer, M., 315
Fuerza de trabajo (*véase también* Recursos humanos)

elementos teóricos y evidencias empíricas en el sector salud, 37-47

planificación estratégica situacional, 138-153

G

Gálvez Vargas, R., 208
García Jiménez, M. A., 410
Girardi, S. N., 1, 37
Gómez Cabrera, R., 223
Grajeda, G., 268
Grupos de trabajo
 análisis de políticas y sistemas de información en recursos humanos, OPS/OMS, 348-349
 ciencias sociales en enfermería, 458
 del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, 347-349
 educación permanente en programas específicos, 350-351
 investigación educacional en salud, 97-98
 monitoreo y seguimiento del aprendizaje, 349
Guatemala, 268-279, 315-324

H

Hernández, P., 254
Hospital-médico de la familia, interrelación, 223-240

I

Informe, 203-208
Innovación en las publicaciones de *Educación Médica y Salud*, 346-347

Investigación

educacional en salud, 97-98, 352
en enfermería

América Latina, 154-166

Coloquio Panamericano, II, 97

recolección de datos, 241-253

monitoreo y seguimiento del
proceso de aprendizaje, 220-
221, 349

salud colectiva, 77-89

J

Jadresic, A., 360

Jardines Méndez, J. B., 387

Juárez Campa, M., 90

K

Klaindorf Shainblatt, B., 223

L

Lardelli Claret, P., 208

Legislación, revisión de los progra-
mas en las escuelas de salud pú-
blica de los Estados Unidos de
América, 178-193

Lerma González, J., 325

Libros, 101-102

López, M. E., 167

López Gigosos, R., 208

López Guillén, J. B., 378

Luna del Castillo, J., 208

M

Macedo, C. Guerra de, 356

Machado, M. H., 1, 28

Maestría en Bioestadística, pro-
grama, 457-458

Manfredi, M., 154

Marchiori Buss, P., 72, 77

Matos Nunez, T. C., 72, 77

Medeiros, U. Vieira de, 126

Medici, A. C., 1

Medicina liberal, características
económicas, 118-125

Médicos

y hospital, interrelación, 223-240

técnicas de educación a distan-
cia, 315-324

Mercado de trabajo en salud, as-
pectos teóricos, conceptuales y
metodológicos, 1-14

México, 254-267, 410-431

Montilva Najul, L., 432

N

Nicaragua, 138-153

Nogueira, R. P., 1, 15, 118

Noticias, 97-100, 218-222, 346-
354, 457-459

O

Odontología

alternativa para la década del 90,
203-208

integración docente-asistencial en
el Brasil, 126-137

salud para todos en el año 2000,
perspectivas, 378-386

Organización Panamericana de la
Salud

atención primaria, 100, 220

Educación Médica y Salud

innovación en las publicacio-
nes, 346-347

pasado, presente y futuro, 449-
456

veinticinco años, 357-359

enfermería, colaboración con la Federación Nacional de Asociaciones de Facultades, Coloquio, 97
investigación educacional en salud, grupo de trabajo, 97-98
Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, 98, 219, 346, 347-351, 449-456
Universidad Latinoamericana y Salud de la Población, Conferencia, 352-354
Oubiña Rodríguez, J., 387

P

Personal de salud
educación permanente, 167-177
salud para todos en el año 2000, 360-369, 370-386, 410-431
Planificación
fuerza de trabajo, estrategia situacional, 138-153
revisión de los programas en las escuelas de salud pública de los Estados Unidos de América, 178-193
Pasado, presente y futuro de *Educación Médica y Salud*, 449-456
Presentación del número especial de *Educación Médica y Salud*, 355-356
Prieto Arrate, A., 103
Profesión médica, representación, trabajo y cambio, 58-71
Puentes-Markides, C., 178
Puerto Rico, 98

R

Recursos humanos en salud (*véase también* Fuerza de trabajo)

análisis de políticas y sistemas de información, 348-349
atención primaria y "Feldshers" en la URSS, 219-220
capacitación avanzada, 218-219
formación en economía de la salud, 254-267
grupos de trabajo, 347-349
maestría en salud pública, utilización de los egresados, 280-314
República Dominicana, 203, 350
Reseñas, 90-96, 203-217, 333-345, 449-456
Reuniones
diálisis y trasplante, Congreso Panamericano, Segundo, 98
educación médica, Conferencia Panamericana, XIII, 220
enfermería, Coloquio Panamericano de Investigación, II, 97
en salud pública de Centro América y República Dominicana, 350
Universidad Latinoamericana y Salud de la Población, 100, 352-354
Rodríguez-Contreras Pelayo, R., 208
Rojas, I., 167
Rosenberg, F. J., 333
Rotter Pelá, N. T., 241

S

Salud
atención primaria, 99-100, 208-217, 219-220, 223-240
centro de formación y desarrollo metodológico, 90-96
de la población, Universidad Latinoamericana, 100, 352-354

- educación
- aspectos metodológicos, 194–202
 - colectiva, 77–89
 - en ciencias de la salud, 387–409
 - en salud pública, perspectivas, 72–76, 280–314
 - escuelas y programas, encuentro, 350
 - investigación, 97–98, 352
 - médica y salud para todos, 432–448
 - permanente
 - de personal, 167–177
 - en programas específicos, 350–351
 - taller de trabajo, 457
 - revisión de programas en las escuelas de Estados Unidos de América, 178–193
 - superior, maestría, 218
 - egresados, utilización, 280–314
 - fuerza de trabajo, elementos teóricos y empíricos, 37–47
 - mercado de trabajo, 1–14
 - para todos en el año 2000, 360–369, 370–386, 410–431
 - planificación, estrategia situacional, 138–153
 - producción de servicios, 15–27
 - proyectos comunitarios de desarrollo, 268–279
 - recursos humanos en economía, formación, 254–267
- Schraiber, L. B., 58
- Seminarios
- atención primaria de la salud, 99–100, 219–220
 - investigación en ciencias de la salud, 352
 - salud internacional, 221–222
- Serrano, C. R., 280
- SILOS (véase Sistemas locales de salud)
- Silva Paim, J., 48
- Sistemas de información en recursos humanos, OPS/OMS, 348–349
- Sistemas locales de salud en Costa Rica, 167–177
- Sociología de las profesiones, un nuevo enfoque, 28–36
- T**
- Taller de trabajo
- atención primaria de salud, 208–217
 - experiencias docentes descentralizadas, 457
- Trasplante, Congreso Panamericano, Segundo, 98
- U**
- Uribe Elias, R., 90
- V**
- Valdez de Reyes, M. E., 410
- Varela Ruiz, M., 90
- Veinticinco años de *Educación Médica y Salud*, 357–359
- Vejez, programa educativo estructurado, 325–332
- Velásquez, R., 280
- Velásquez Pérez, E., 268
- Veterinaria y sociedad, paradigma profesional, 333–345
- Z**
- Zalazar C., M., 138

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.

PRESENTACION • VEINTICINCO AÑOS
DE EDUCACION MEDICA Y SALUD •
PERSONAL DE SALUD Y LA META
SPT/2000 • ENFERMERAS Y LA META
SPT/2000 • ODONTOLOGOS Y LA
META SPT/2000 • EDUCACION EN
CIENCIAS DE LA SALUD • ENFERMERIA
Y LA META SPT/2000 • EDUCACION
MEDICA Y SALUD PARA TODOS •
RESEÑA • NOTICIAS • INDICE

