

Volumen 26, No. 4  
Octubre/diciembre 1992

# Educación Médica y Salud



**PLANIFICACION Y GESTON DE  
RECURSOS HUMANOS EN SALUD:  
LA EXPERIENCIA DE CANADA**

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

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

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

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

**ISSN 0013-1091**

Ultimos números publicados:

Vol. 26, No. 2: Capacitación Avanzada en Desarrollo de Recursos Humanos I

Vol. 26, No. 3: Promoción de liderazgo y formación avanzada en Salud Pública: El modelo de atención

Próximo número:

Vol. 27, No. 1: Capacitación Avanzada en Desarrollo de Recursos Humanos II

# Educación Médica y Salud

---

Volumen 26, No. 4  
Octubre/diciembre 1992

451 **PRESENTACION**

**ARTICULOS**

- 453 **La planificación y gestión de los recursos humanos en un contexto de financiamiento público de los servicios de salud: la experiencia canadiense.** *Charles Godue y Gilles Dussault*
- 469 **La reglamentación profesional y la producción de servicios de salud.** *Gilles Dussault*
- 494 **Planificación del personal médico: la experiencia de Quebec.** *André-Pierre Contandriopoulos y Marc-André Fournier*
- 513 **Los médicos en la administración: problemas e inquietudes.** *Louise Lemieux-Charles*
- 525 **La enfermería en acción—La experiencia de Alberta.** *Sharon E. Snell, Suzanne Clark y Sara Wright*

**RESEÑAS**

- 536 **Capacitación del médico en medicina física y rehabilitación—Informe de la reunión de un grupo de estudio.** *Alicia Amate*
- 544 **Conhecimento em enfermagem pediátrica no Brasil: Estudo de livros didáticos.** *Semiramis Melani Melo Rocha, Regina Aparecida Garcia de Lima e Carmen Gracinda Silvan Scochi*
- 550 **El curso de especialización en salud pública en la seguridad social.** *Jorge Escobedo de la Peña, Dulce María Hernández Hernández e Issam Aziz Elias*

563 **NOTICIAS**

568 **LIBROS**

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

## **C**ONSEJO 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

## **I**NFORMACION 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 PRESENTACION

---

En 1991 *Educación Médica y Salud* introdujo una modalidad de trabajo diferente en su forma habitual de presentación, que consiste en dedicar un número de cada volumen a la compilación de trabajos escritos por autores de un mismo país, que estén referidos al tratamiento de un problema particular del campo de recursos humanos para la salud, en el que distintos grupos e instituciones de dicho país hayan desarrollado experiencia, hayan generado conocimiento nuevo y hayan aportado a la construcción de una nueva visión del proceso de desarrollo de recursos humanos, ajustada a los marcos socio-políticos e institucionales cambiantes en esta década que precede al comienzo del Siglo XXI. *Educación Médica y Salud* intenta con ello por una parte facilitar al lector el estudio organizado de una cuestión específica de su interés, vista a través de la experiencia de un país particular, y por otra, el convertirse en el vehículo de comunicación de conocimiento autóctono, generado en nuestra propia Región, y surgido como opción ante los problemas nacionales concretos.

Dicha modalidad se inició con el primer número del Volumen 25 de la Revista, que trató el tema **Fuerza de trabajo en salud: la experiencia de Brasil**. Continúa ahora, con este número que recoge la experiencia del Canadá en dos de las áreas críticas del proceso de desarrollo de recursos humanos, como son la gestión y la planificación de dichos recursos.

Las contribuciones canadienses en el campo de la organización de los servicios de salud y el manejo de los problemas de infraestructura (incluidos los de recursos humanos) datan ya de muchos años (la Conferencia Internacional de Planificación de Recursos Humanos celebrada en Ottawa en 1975 con el apoyo de la OPS marcó un viraje importante en las concepciones vigentes hasta ese entonces alrededor de dicho componente del proceso); las instituciones de salud y las universidades se han visto constantemente involucradas en los esfuerzos tendentes a consolidar las bases políticas y sociales en que se sustenta el sistema de protección y atención a la salud, aún en momentos de recesión y dificultad económica. La experiencia canadiense evidencia, por otra parte, la contribución que distintas áreas del quehacer y del pensamiento científico pueden aportar al proceso de toma de decisiones en salud: la mayoría de los distinguidos

autores de los artículos de este número provienen de las áreas sociales y afines, que no de las tradicionalmente consideradas del campo "de salud", y trabajan, en buena parte, en instituciones universitarias y no solamente en las entidades gubernamentales del sector.

*Educación Médica y Salud* agradece profundamente a los distinguidos profesionales canadienses **Gilles Dussault, André Pierre Contandriopoulos, Louise Lemieux-Charles, Marc-André Fournier, Sharon E. Snell, Suzanne Clark y Sara Wright**, por el esfuerzo que implica haber preparado estas contribuciones destinadas a promover la reflexión y el debate, a cuestionar lo conocido y aceptado, a fortalecer, en suma, el conocimiento vigente sobre estos aspectos, a través de la experiencia desarrollada en un país con un sistema nacional de salud diferente al de la mayoría de los países de la Región.

De manera especial, el Consejo Editorial de la Revista agradece al **Dr. Charles Godue**, funcionario del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización su valiosa colaboración concretada en una paciente, meticulosa y ordenada labor de coordinación de la preparación de este número desde su concepción inicial hasta su publicación final.

José Roberto Ferreira  
Coordinador, Programa de Desarrollo  
de Recursos Humanos, OPS

# **L**LA PLANIFICACION Y GESTION DE LOS RECURSOS HUMANOS EN UN CONTEXTO DE FINANCIAMIENTO PUBLICO DE LOS SERVICIOS DE SALUD: LA EXPERIENCIA CANADIENSE

*Charles Godue<sup>1</sup> y Gilles Dussault<sup>2</sup>*

---

## **INTRODUCCION**

El sistema de salud canadiense se encuentra en una encrucijada. Es motivo de profundas tensiones entre los partidarios de la conservación del sistema tal como ha evolucionado con el correr de los últimos 25 años y los que creen que es imprescindible realizar ajustes significativos con el fin de salvaguardar sus características fundamentales y garantizar su supervivencia. Resulta bastante sorprendente que ninguna fuerza social importante preconice abiertamente su desmantelamiento parcial o total. Sin embargo, existen contradicciones muy reales. La cuestión fundamental consiste en saber si las reformas y las medidas adoptadas resultarán adecuadas y suficientes para hacer frente a las necesidades de la población y propiciar la creatividad y el desarrollo de los programas y servicios con la participación de trabajadores y grupos profesionales interesados, todo ello dentro de las limitaciones impuestas por la coyuntura económica.

El sistema asistencial goza de una enorme popularidad en el país y el grado de satisfacción es elevado, a pesar de los numerosos problemas existentes. Lo que llamamos el sistema de salud canadiense es, en realidad, la combinación de 12 programas provinciales y territoriales de seguro médico, financiados totalmente por los impuestos generales federales y provinciales. Esos programas abarcan a todos los habitantes, independiente-

---

<sup>1</sup> Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, OPS.

<sup>2</sup> Departamento de Administración de Salud, Universidad de Montreal, Canadá.

mente de su edad, estado de salud, domicilio o capacidad de pago. El apego de los canadienses a su sistema asistencial se debe en gran medida a la seguridad que brinda este mecanismo de protección social frente a los riesgos para la salud. Sin embargo, esta actitud podría atribuirse también a la dimensión simbólica del sistema, que afirma la existencia de valores comunes para todo el país, grande y diversificado, siempre en busca de elementos de cohesión. Este aparato de solidaridad social, que es producto de múltiples reivindicaciones y de numerosos experimentos, refleja un concepto de la vida en sociedad no ajeno a nuestros orígenes europeos, particularmente al británico y al francés, y confiere cierta especificidad al país con respecto a su poderoso vecino del sur.

El sistema fue implantado gradualmente durante el período de la posguerra, en un contexto de promesas y abundancia resultantes de un gran crecimiento económico en el cual se imponía fácilmente la propuesta del Estado benefactor. Pero ocurre que ese entorno global se ha transformado por completo, e incluso se podría decir simple y llanamente que se ha invertido. El Canadá atraviesa actualmente la recesión más grave desde la gran depresión, caracterizada por una alta tasa de desempleo y una marcada escasez de fuentes de trabajo. Lo prolongado ha llevado a que los economistas hablen de un proceso de ajuste estructural a largo plazo. Las políticas económicas y fiscales promovidas y adoptadas por el gobierno progresista-conservador que se encuentra en el poder desde 1984 se fundamentan en una lógica de aumento de la productividad de las empresas canadienses y de búsqueda de una posición más competitiva dentro de un mercado ampliado en el marco de una economía continental. La Ministra federal de Relaciones Exteriores y Desarrollo Internacional resumió con estas palabras los principios orientadores de su gobierno en un coloquio que se celebró en Montreal, en marzo de 1990, con ocasión de la Asamblea Anual del Directorio del Banco Interamericano de Desarrollo: "... En otras palabras, el ajuste estructural no es en absoluto un remedio destinado únicamente a los países en desarrollo. Los países industrializados también deben velar por que su economía se adapte a la rápida evolución de la coyuntura económica... Aquí mismo, en el Canadá, hemos iniciado un proceso de ajuste estructural para reducir el déficit y eliminar las barreras comerciales, especialmente en el caso de los intercambios entre el Canadá y los Estados Unidos de América. Estamos tratando de restarle importancia al sector público, de liberalizar la economía y prepararla para los desafíos del mundo del mañana, en particular en el contexto de las negociaciones comerciales internacionales" (Landry, 1990).

En el ámbito social, estas políticas se traducen, entre otras cosas, en el abandono del carácter universal de ciertos programas, como el de los subsidios para las familias, y en una importante reducción de las transferencias fiscales a los gobiernos provinciales destinados a financiar la en-

señanza superior y la salud. Las provincias sufren directamente el efecto de esas medidas, como lo manifiesta la provincia de Ontario: "... las normas nacionales plasmadas en los programas provinciales que reciben apoyo del Gobierno federal están sujetas a una amenaza creciente. El deterioro de los mecanismos fiscales de apoyo a los servicios de salud, por ejemplo, ha llevado a una situación en la cual las normas nacionales de los servicios de salud canadienses están sometidas a mayores presiones que nunca desde su adopción" (1).

La ejecución de las políticas sociales se ve entorpecida por las políticas económicas y fiscales predominantes. Sin embargo, los contrapesos son poderosos, como lo indican dos decisiones políticas importantes. La primera está relacionada con la ratificación por el Canadá, en 1989, del acuerdo de libre comercio con los Estados Unidos, que posiblemente abarque también a México, en vista de la firma de un convenio preliminar (el Tratado de Libre Comercio de Norteamérica). La ratificación de este acuerdo era un objetivo primordial del Gobierno conservador. El Canadá mantuvo una postura congruente en la negociación de ambos acuerdos: los servicios de salud no son objeto de exportación; por consiguiente, no están comprendidos en el marco de las negociaciones. Se podría pensar también que si se hubieran incluido los servicios de salud en el acuerdo, este nunca se habría firmado debido a la oposición interna.

La segunda decisión está relacionada con otro de los objetivos del Gobierno conservador: el mantenimiento de la unidad canadiense mediante la enmienda de la Constitución, la Ley de América del Norte Británica, con el fin de satisfacer, entre otras cosas, las exigencias de la provincia de Quebec, que es la única con una mayoría de origen francés. Es así como el convenio provisional sobre el nuevo texto constitucional firmado en Charlottetown por el Gobierno central, los 12 gobiernos provinciales y territoriales y representantes de las comunidades autóctonas en septiembre de 1992, contiene un párrafo sobre la unión social y económica. En lo que atañe a la unión social, la nueva Constitución canadiense, si es adoptada, afirmará la decisión política de instaurar en todo el Canadá un sistema de salud global, universal, transferible, bajo la administración pública y económicamente asequible. En otras palabras, de ahora en adelante la ley fundamental del país garantizará a todos los canadienses los elementos esenciales del sistema de salud con el que han contado durante los últimos años. No se sabe todavía cómo se distribuirán los costos entre los distintos niveles de gobierno.

Desde el punto de vista económico, hay que reconocer que la fórmula canadiense de un agente único que paga los servicios, a pesar de que representa una pesada carga fiscal para los gobiernos (casi el 30% de los presupuestos provinciales), ofrece mecanismos eficaces para controlar el costo de los servicios de salud (2). Esta realidad se convierte en una

ventaja comparativa considerable en un contexto de competencia intensificada al reducir la carga para las empresas.

El resultado de estas fuerzas múltiples y divergentes se tradujo, en el campo de la salud, en la decisión de mejorar la administración y eficiencia del sistema, sin poner en tela de juicio los principios fundamentales de la universalidad y la accesibilidad. No se ha considerado seriamente la posibilidad de la privatización en su forma más dura, que autorizaría la competencia del sector privado en el suministro de los servicios médicos garantizados por los programas públicos.

La opción que se mantiene por ahora es la de un sistema mejor administrado, más centrado en los resultados. La planificación y la gestión de los recursos humanos reviste suma importancia en ese sentido. Es necesario reconocer que el componente fundamental del sistema de salud canadiense lo constituyen sus recursos humanos: aproximadamente un millón de personas trabajan para el sistema, es decir, alrededor del 8% de la población económicamente activa, que representa un 75% del gasto público en salud, cifra muy superior a las inversiones en infraestructura y en nuevos equipos. Desde el punto de vista del empleo, el sistema de salud ocupa el tercer lugar entre los empleadores más importantes del país (3).

El propósito del presente artículo es presentarle al lector poco familiarizado con el sistema de salud canadiense algunos datos generales sobre su evolución y sobre su configuración actual, a fin de que le resulte más fácil comprender las directrices adoptadas en el ámbito de la planificación y gestión de los recursos humanos, que trataremos más a fondo al final del artículo. Este análisis servirá también de introducción a los distintos artículos de este número de *Educación Médica y Salud* dedicado a la experiencia canadiense y facilitará su comprensión.

## **EVOLUCION DEL SISTEMA DE SALUD CANADIENSE**

### **El período de abundancia o la época del federalismo cooperativo**

La ley constitucional de 1867, que creó la Federación canadiense, atribuye a las provincias la responsabilidad de los servicios sociales y de salud. En esa época, la intervención estatal en los servicios de salud era nula en la práctica, con la excepción del campo de la salud pública, principalmente en lo que atañe a la aplicación de medidas de cuarentena en casos de epidemia y de control de la salud de los inmigrantes. Del suministro de servicios personales de salud en instituciones se encargaban las entidades eclesiásticas y de beneficencia; los pacientes y sus familiares pagaban los gastos.

A principios de siglo se realizaron varios experimentos de socialización del financiamiento de los servicios médicos en las provincias

poco pobladas del oeste, recién integradas a la Federación, que tenían dificultades para atraer y retener médicos entre sus escasos habitantes. Muy pronto, el Gobierno central manifestó interés también en la posibilidad de establecer un sistema nacional de seguro médico; el gobierno liberal lo había prometido en la campaña electoral de 1914. A fines de la Segunda Guerra Mundial se intensificaron las negociaciones, en ocasión de la Conferencia de la Reconstrucción, que tuvo lugar en 1945 (4). Existía una distancia muy grande entre las partes, puesto que el Gobierno federal poseía la mayoría de los poderes de recaudación de impuestos en tanto que las provincias eran constitucionalmente responsables por los grandes campos de la actividad pública. No es sorprendente que las negociaciones se hayan atascado en los acuerdos financieros. Este período marca el comienzo del federalismo cooperativo, caracterizado por la intervención del Gobierno central en los ámbitos provinciales en virtud de su capacidad para aportar fondos (5). En esta dinámica federal-provincial, la provincia de Saskatchewan, bajo el gobierno socialista del *Commonwealth Cooperative Federation* (CCF) (que más tarde se convirtió en el *Nuevo Partido Democrático* [NPD]) el cual gobierna actualmente en tres provincias canadienses, una de ellas Ontario), tomó la delantera con su programa de seguro de hospitalización en 1947, financiado con una combinación de impuestos generales y primas de seguro. Impulsado por la iniciativa provincial, el Gobierno federal adoptó, el año siguiente, la ley de subvenciones nacionales a la salud, que otorgaba fondos a las provincias para la construcción de hospitales y el establecimiento de servicios de laboratorio, puesto que se consideraba que el desarrollo de la infraestructura era una condición previa al establecimiento de un sistema nacional de seguro médico. En pleno período de crecimiento económico, el Estado estaba desplazando gradualmente al sector privado sin fines de lucro de la esfera social. Diez años después, el Parlamento canadiense adoptó la ley del seguro de hospitalización y servicios de diagnóstico (1957) y, luego de otro ciclo de diez años, la ley del seguro médico (1966).

Todas las provincias se apresuraron a aceptar las propuestas federales, especialmente las provincias más pobres, que se beneficiaban con la intervención del Gobierno federal en virtud de los mecanismos de distribución equitativa. La provincia de Quebec fue la última en aceptar la oferta de Ottawa porque temía este entrara en su jurisdicción. Las bases del acuerdo eran idénticas para ambos programas de seguro: el Gobierno central se haría cargo de la mitad de los gastos provinciales siempre que se respetaran cinco principios básicos. Los programas de seguro médico deben ser administrados por un organismo público sin fines de lucro; deben ser universales, es decir que la totalidad de los habitantes de una provincia tienen derecho a recibir los servicios, prestados de manera uniforme; deben ser integrales, es decir, abarcar todos los servicios médicos y hospitalarios

que sean necesarios por razones médicas; deben ser transferibles, de manera que si una persona se muda a otra provincia, la provincia de origen paga los costos de los servicios asegurados durante un período de residencia mínimo que la nueva provincia exija, que no excederá de tres meses. Este criterio especifica igualmente que la suma que se pague por los servicios suministrados en el extranjero sea, como mínimo, equivalente al monto que la provincia donde esté domiciliada la persona hubiese pagado por servicios similares prestados en la provincia. Para los servicios optativos puede exigirse autorización previa. Por último, el criterio de accesibilidad exige un acceso satisfactorio a los servicios de salud asegurados, sin interponer obstáculo alguno, directo o indirecto, por medio de un mecanismo de facturación o de otro tipo.

El principio del carácter integral exige que la totalidad de los servicios médicos necesarios, tanto ambulatorios como institucionales, estén comprendidos en los programas provinciales. Los servicios asegurados abarcan los servicios regulares de hospitalización, en cuarto privado o semiprivado, si ello es necesario por razones médicas, así como todos los medicamentos, productos biológicos, pruebas de diagnóstico y una amplia gama de servicios de consultorios externos. También están comprendidos los servicios de psiquiatría. No existen límites en cuanto al suministro de servicios mientras sean necesarios desde el punto de vista médico. Además de estos programas, las provincias pueden ofrecer servicios complementarios: atención odontológica, medicamentos, servicios de optometría, prótesis y ortosis, servicios de ambulancia, etc. El alcance de estos servicios varía de una provincia a otra. El sistema es financiado casi totalmente por el tesoro público, con los impuestos generales federales y provinciales. Tres provincias establecieron inicialmente el pago de primas al gobierno por los particulares, lo que constituye un método de gravámenes regresivos.

Los médicos conservan su calidad de empresarios independientes. En su mayoría (95%) son remunerados por los programas provinciales sobre la base de los servicios suministrados. El valor de los servicios médicos generalmente se fija mediante negociaciones regulares entre las autoridades provinciales y representantes de los médicos. Cada médico factura al programa de seguro por la totalidad de los servicios que presta, tanto en su consultorio privado como en el hospital. El paciente tiene derecho a elegir libremente su médico y la institución donde se someterá a tratamiento.

La expansión extraordinaria de los servicios médicos y hospitalarios vinculada a la adopción de programas de seguro médico universal fue acompañada de una política en relación con el personal médico. A principios de los años sesenta, una Comisión Real de Investigación sobre los Servicios de Salud llegó a la conclusión de que en el Canadá no había suficientes médicos para satisfacer las necesidades de la población en el

marco de las reformas iniciadas. Por lo tanto, se procedió a ampliar la capacidad de las facultades de medicina y a abrir las puertas a la inmigración de médicos extranjeros. Durante los años siguientes, el número de alumnos inscritos en las facultades de medicina canadienses se duplicó, alcanzando la cifra máxima de unos 1800 en 1983–1984. En el curso de los años sesenta, el número de médicos extranjeros habilitados para ejercer la profesión en el país era similar al número de médicos egresados de universidades canadienses, es decir, alrededor de 900 al año. Durante ese período se crearon tres facultades de medicina, elevando el total de estas instituciones a 16 (6).

La implantación del seguro de hospitalización; seguido del seguro médico, refleja el concepto predominante en esa época de que los problemas de salud son sinónimo de problemas médicos; lo fundamental era garantizar el acceso a los servicios médicos. La decisión de invertir primero en la infraestructura hospitalaria y en el seguro de hospitalización confirmó y reforzó el papel central del hospital en el sistema y su orientación curativa. Se promovía la utilización de los servicios hospitalarios, puesto que eran gratuitos. La reforma reconocía una posición privilegiada a la profesión médica, lo que definió el universo de los servicios comprendidos en los programas. En vista de esto, la reforma introdujo un elemento de distorsión de la demanda, al garantizar los servicios gratuitos de una sola profesión. Por último, al optar por la remuneración por consulta médica, se valorizaba la producción de servicios, dando por sentada la ecuación según la cual a mayor número de consultas médica, mejor la salud de la población. Fried escribió al respecto: “Estas iniciativas eliminaron en gran medida las barreras a la atención, pero no cambiaron la estructura básica del sistema asistencial. En cambio, afianzaron las formas más costosas de tratamiento y han obstaculizado los esfuerzos para introducir servicios más eficaces en función del costo (como el uso de enfermeras especializadas en atención primaria de salud)” (7).

Quebec innovó en ese sentido, al crear una red pública de servicios sociales y de salud de primera línea: los centros locales de servicios comunitarios (CLSC), que debían ser la puerta de entrada al sistema. Los médicos que trabajan en los CLSC cobran un sueldo y deben integrarse a equipos multidisciplinarios. Al igual que los demás empleados de los centros, dependen de una junta directiva integrada principalmente por particulares (8). Algunos analistas afirman que se trataba de un segundo frente abierto por el gobierno en su conflicto con las federaciones médicas para facilitar la consecución de su objetivo primordial, que es el seguro médico. Sea como fuere, la respuesta de los médicos fue enérgica: para hacerle la competencia a los CLSC, se agruparon en policlínicas, abandonando el modelo tradicional de la práctica individual, y ampliaron la disponibilidad de los servicios. De esta forma, la implantación de los CLSC tuvo un efecto indirecto e involuntario, pero importante, en las formas de organización

del ejercicio privado de la medicina y abrió las puertas a otros tipos de práctica con otras modalidades de remuneración (9).

Aunque los médicos constituyen el núcleo de los programas de seguro médico, ellos y sus asociaciones se opusieron ferozmente a cada una de las etapas de implantación del sistema, alegando los riesgos de una marcada intervención del Estado en las condiciones para el ejercicio de la medicina y, en última instancia, en la decisión médica. Según ellos, estaba en juego la autonomía de la profesión y, por lo tanto, la calidad de la práctica profesional. Los médicos temían igualmente la posición de monopolio que los gobiernos provinciales alcanzaban, al convertirse en los únicos que efectuaban los pagos, y no confiaban en absoluto en esta elite burocrática nueva y creciente que actuaba con una lógica económica. El gobierno de Saskatchewan, encabezado por la Common Wealth Co-operative Federation (CCF) fue una vez más el primero, en anunciar en 1959, la creación de un seguro médico. El sistema fue llevado a la práctica en 1963 después de una lucha encarnizada y de una amarga huelga general de médicos. La provincia de Quebec fue la última en implantar el programa de seguro médico (lo hizo en 1970), y tuvo que hacer frente a una huelga de especialistas.

### **El período de austeridad o la época del federalismo fiscal**

Por sus características fundamentales, el sistema de salud canadiense se sitúa a mitad de camino entre un servicio nacional de salud similar al de Gran Bretaña y la propuesta del *laissez faire*, conforme a la cual el Estado se limita a proteger a los sectores vulnerables de la población, como sucede en los Estados Unidos. El "modelo" canadiense se distingue por el financiamiento público de los servicios que ofrecen los productores privados. A cambio de una mayor intervención del Estado, los médicos pasaron a desempeñar un papel central en el funcionamiento del nuevo sistema, con la garantía de ingresos superiores y la protección de su autonomía profesional.

Durante el período de crecimiento económico, la fórmula resultó acertada. Sin embargo, entrañaba contradicciones importantes debido a la combinación del financiamiento público y universal de los servicios desde el nacimiento hasta la muerte, la autonomía profesional de los médicos, a la libre elección del médico por los ciudadanos con una cobertura total de sus gastos y la responsabilidad de los gobiernos provinciales en cuanto al control de su presupuesto (10). Estos conflictos se exacerbaron bajo el efecto de las presiones expansionistas internas del sistema que resultan de la aparición de nuevos problemas de salud y de la interacción entre el envejecimiento de la población y el rápido desarrollo de la tecnología de

avanzada, que aumenta simultáneamente la atención que recibe cada paciente y el número de pacientes susceptibles de ser sometidos a intervenciones de ese tipo.

Un aspecto que cabe destacar, puesto que probablemente dé un carácter singular a la experiencia canadiense, es la ausencia virtual del sector privado en el campo del seguro médico y de hospitalización y la resistencia política a la introducción de toda alternativa contraria (11). Además, los principios que rigen la participación financiera del Gobierno federal excluyen los mecanismos de recuperación de costos, bajo pena de sanciones financieras cuantiosas. Había dos mecanismos controvertidos que fueron eliminados: la sobrefacturación, mediante la cual un médico puede exigir que sus pacientes paguen una suma adicional al reembolso que recibe del programa público, y el cobro por utilización, es decir, una suma nominal que autoriza el acceso a ciertos servicios, cuyo propósito es frenar y orientar la demanda.

En cuanto a los productores de servicios, los médicos no pueden participar en el programa público y al mismo tiempo ejercer la medicina en forma "privada", es decir, cobrar a ciertos pacientes directamente por los servicios prestados. Si el médico opta por ejercer la profesión fuera del sistema, puede cobrar lo que quiera al cliente, quien solo puede obtener del seguro médico un reembolso equivalente a las tarifas autorizadas. La decisión de no afiliarse resulta más interesante para los especialistas, pero el carácter público de los hospitales es un elemento que los limita. De suerte que pocos médicos, menos del 2%, han optado por no afiliarse. La garantía de que cobrarán sus honorarios y la ausencia virtual de gastos administrativos en relación con los reembolsos son factores que impulsan a los médicos a participar en el programa público, sobre todo en épocas de recesión. En la mesa de negociaciones los médicos prefieren hacer valer sus reivindicaciones en el marco de los programas públicos.

Estas contradicciones no tardaron en intensificarse con la desaceleración de la economía canadiense en el curso de los años setenta. El Gobierno federal fue el primero en reaccionar. En 1974 publicó un documento de trabajo titulado: "Nueva perspectiva de la salud de los canadienses", que ejerció una profunda influencia durante los años siguientes (12). El informe proponía un concepto de la salud como resultante de cuatro determinantes principales: la biología humana, el medio ambiente, la forma de vida y la organización de los servicios de salud. Este último elemento, de carácter reactivo, se consideraba como el menos importante para explicar el grado de salud de un individuo o de una población. Rompiendo con los enunciados de políticas anteriores, en las cuales la accesibilidad de los servicios era el elemento principal, el documento le restaba importancia al sistema asistencial con respecto a sus efectos sobre la salud. Una rápida ojeada de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el Canadá

reveló que las medidas que había que tomar para reducir la frecuencia de estos problemas se situaban en gran medida fuera del ámbito del sistema de salud.

El documento criticaba duramente el sistema asistencial implantado poco antes, haciendo hincapie en la incompatibilidad de varios de sus objetivos. Uno de los casos de incompatibilidad era la intención de que todos tuvieran acceso a los servicios médicos y, a la vez, permitir que los médicos ejercieran la profesión en la región que prefirieran. Después de señalar las desigualdades entre las provincias en lo que concierne a la distribución de los médicos, el documento cuestionaba la afirmación de que la calidad de la atención mejora cuando hay más de un médico por cada 600 ó 650 habitantes, situación que existía en la Columbia Británica, la provincia mejor atendida. Otra serie de objetivos incompatibles guardaba relación con la necesidad de controlar el costo de los servicios y, a la vez, eliminar los obstáculos financieros para obtener los servicios. El documento ponía de relieve la falta de mecanismos para impulsar al enfermo, al médico y al hospital a reducir los gastos. Una tercera categoría de objetivos incompatibles consistía en prever una distribución equilibrada del número de especialistas y, a la vez, permitir que los médicos eligieran su campo de especialización. Por último, el documento destacaba la falta de eficiencia en la utilización de los recursos humanos debido a los obstáculos para sustituir al personal según la índole de las tareas: "Lamentablemente, si se tienen en cuenta los reglamentos relativos a la autorización del ejercicio de especialidades de la salud y el sistema vigente de remuneración sobre la base de los servicios suministrados, y si a eso se suma el principio según el cual el médico o el dentista asume entera responsabilidad por su paciente, se comprueba que esta situación impulsa al médico y al dentista a efectuar tratamientos que podrían confiarse a otras personas capaces de realizar dichas tareas igualmente bien, o incluso mejor, y con frecuencia a un costo más bajo" (13). El capítulo sobre el sistema asistencial concluía indicando la conveniencia de tomar medidas para conciliar los objetivos y principios incompatibles señalados, garantizando al mismo tiempo una justa remuneración para los profesionales de la salud, luchando contra el aumento de los gastos y manteniendo el acceso a servicios de buena calidad.

El documento de trabajo no atrajo la atención de los canadienses ni de los gobiernos provinciales cuando se publicó, pero anunciaba la intención del Gobierno federal de controlar sus desembolsos en el rubro de la salud e indicaba a las provincias la necesidad de limitar la autonomía de los médicos en lo que atañe a la organización de los servicios, desde el punto de vista de una planificación eficaz.

La índole de un programa de gastos compartidos obligaba al Gobierno federal a reembolsar la mitad de los gastos sin tener ninguna influencia en ellos. El acuerdo sobre el financiamiento de los programas,

de 1977, modificó completamente las reglas del juego. Las provincias aceptaron las propuestas federales de reemplazar el mecanismo de distribución de los costos con un sistema de financiamiento global en el ámbito de los programas de gastos compartidos, es decir, la enseñanza superior y la salud. Tomando el ejercicio 1975–1976 como referencia, el Gobierno federal determinó el monto de su contribución per cápita a cada provincia, aumentándolo anualmente según el crecimiento de la economía. Tal como señaló la ministra que ocupó la cartera de salud de 1980 a 1984, el federalismo cooperativo había cedido el lugar al federalismo fiscal.

Las provincias aceptaron las propuestas federales porque les conferían más autonomía y flexibilidad para utilizar los fondos federales. Los acuerdos acarreaban, en efecto, la desaparición de una gran burocracia federal que hasta ese momento se había encargado de determinar los gastos provinciales que el Gobierno central financiaría. Las provincias eran las primeras en beneficiarse de la visibilidad política que les daba un programa muy bien valorado por los canadienses. Reaccionaron con distinto grado de celeridad frente a los mensajes federales, según la riqueza relativa de cada una de ellas y su capacidad para garantizar un aumento de los gastos superior a los fondos federales de contrapartida. En 1982, en los momentos más difíciles de la recesión, el Gobierno central aumentó un poco más la presión: el aumento anual de su contribución, que hasta ese momento había sido equivalente al crecimiento de la economía, se ajustó a ese crecimiento, menos 3%. Por ejemplo, si el crecimiento medio de la economía canadiense había sido del 2% en el curso del trienio precedente, la transferencia de fondos federales a las provincias para el año siguiente disminuía en un 1%. Por consiguiente, la participación financiera del Gobierno federal, que originalmente representaba el 50% del costo de los programas provinciales, fue del 36,7% en 1989–1990. En el ejercicio 1991–1992 ascendió al 33,1% de los gastos del sector de los servicios sociales y de salud de Quebec (14) y al 31% de los gastos de salud y enseñanza superior de Ontario (15).

En ese contexto, los gobiernos provinciales no tuvieron más remedio que formular estrategias para controlar los gastos a fin de frenar su ritmo de crecimiento. En general, y a diferencia del sistema estadounidense, el carácter centralizado del financiamiento favorece la utilización de mecanismos de macrorregulación o macrocontrol de la disponibilidad global de recursos, a fin de limitar la oferta de servicios (16). En cambio, el sistema canadiense está poco interesado en los mecanismos de microcontrol dirigidos a las decisiones médicas individuales en la relación terapéutica. Un primer campo de aplicación de los mecanismos de macrocontrol corresponde al sector hospitalario, que representa alrededor del 45% del gasto público en salud. Los hospitales son empresas sin fines de lucro, dirigidas generalmente por administradores de carrera y financiados sobre la base de un presupuesto global prospectivo determinado históricamente,

cuyo aumento se negocia anualmente con el Ministerio. Se redujo el ritmo de aumento de los presupuestos, lo cual planteó la necesidad de una mayor eficiencia en la utilización de los recursos.

Un segundo campo de aplicación está relacionado con los gastos de desarrollo de la infraestructura o de adquisición de nuevos equipos. Los fondos para estos gastos no provienen del presupuesto ordinario de los hospitales, sino que requieren la autorización previa de las autoridades regionales o provinciales. Otro campo es el de las remuneraciones de los trabajadores de la salud. Generalmente se negocian convenios colectivos con los sindicatos a nivel provincial, que se aplican a todos los establecimientos, cuyo presupuesto se ajusta según los términos de los convenios. La situación de los médicos es más compleja debido a su autonomía y al método de remuneración sobre la base de los servicios prestados. El costo de los servicios médicos representa alrededor del 16% del gasto total en salud y depende de tres factores: el número de médicos que ejercen la profesión, la cantidad de servicios producidos y la tasa de remuneración de los procedimientos médicos. Las estrategias provinciales se orientaron desde un principio al control del valor de los procedimientos médicos. Los médicos reaccionaron aumentando el volumen de los servicios prestados a fin de mantener sus ingresos reales. En una segunda etapa se trató de establecer topes financieros tanto individuales como colectivos. La existencia de topes presupuestarios colectivos en presencia de un rápido aumento del número de médicos implica una reducción de los ingresos medios de cada médico, lo cual ocasiona una presión política creciente en el sentido de suavizar los mecanismos de control. En el país se está llegando a un consenso en cuanto a la necesidad de controlar la oferta de servicios a fin de mantener los costos bajo control; en otras palabras, una verdadera planificación del personal médico (17).

La necesidad impostergable de controlar los gastos se perfila entonces como la fuerza motriz que permite hacer frente al carácter incompatible de varios objetivos del sistema asistencial, al cual aludía el documento de trabajo publicado por el Gobierno federal en 1974.

### **La gestión y la planificación de los recursos humanos**

De conformidad con el movimiento promovido por la Organización Mundial de la Salud, los gobiernos provinciales tienden a adoptar una política de salud y de bienestar. Esta política enuncia los grandes objetivos del sistema de salud en forma de principios orientadores de la acción del Estado y facilita la toma de decisiones, especialmente para la asignación de recursos. Esta política, que es producto de una consulta con múltiples

sectores, señala un número limitado de problemas prioritarios, establece objetivos en cuanto a resultados y propone estrategias para la ejecución.

El concepto de resultados, estrechamente vinculado a la elaboración de una política de salud, se va imponiendo gradualmente en la dinámica del sistema, desplazando así a los objetivos tradicionales que suelen expresarse en términos de volumen de los servicios. Ya sea que se trate de las formas de organización, de la prestación o del financiamiento de los servicios, del desempeño de un hospital o de la pertinencia de un diagnóstico o de un tratamiento terapéutico, el impacto sobre la salud de un individuo o de una población que pueden tener las opciones consideradas se convierte en un criterio que cada vez cobra mayor importancia en la toma de decisiones. El concepto de resultado es complejo y requiere sistemas de información adecuados, la adopción de indicadores apropiados y esfuerzos adicionales de investigación. No determina el proceso de preparación de presupuestos. Sin embargo, existe una tendencia real en el sentido de que recaiga sobre los profesionales y los centros asistenciales la responsabilidad de demostrar la utilidad de los servicios que ofrecen.

La primacía que se asigna a la obtención de resultados y a la búsqueda de una mayor eficiencia se manifiesta en varios niveles. Se expresa en la transición hacia el funcionamiento sobre la base de programas en el plano de las regiones sociosanitarias y de los centros asistenciales. Al referirse a la modificación de la estructura de los hospitales, y más específicamente a la organización de los médicos en el marco de dicha estructura, en el contexto del funcionamiento por programas, la Sra. Lemieux-Charles señala en su artículo:

Algunos altos funcionarios creen que una estructura basada en programas mejorará la coordinación y la comunicación con el gobierno. Por lo tanto, se están modificando las estructuras funcionales tradicionales o se las está reemplazando con divisiones o programas, o con ambos. Un enfoque por programas facilita la identificación de los costos relacionados con la atención a un grupo particular de pacientes, la delimitación de responsabilidades y la elaboración de normas de atención para ese grupo en particular, así como también la selección de indicadores del impacto de la atención (véase este número, página 513).

Esta propuesta tiende igualmente a vincular a los productores de servicios en la toma de decisiones en materia de asignación de los recursos. En el caso de los médicos, esta dinámica en algunas ocasiones planteó problemas de índole ética.

El criterio de eficiencia y la exigencia de resultados se expresan también en la búsqueda de una mayor flexibilidad en la utilización de los recursos humanos. El concepto de flexibilidad no se refiere a las condiciones de contratación o de trabajo, sino a la composición profesional de los equipos terapéuticos en función de un problema determinado, e incluye la idea de la sustitución, según la cual un profesional calificado puede encargarse

de procedimientos o funciones que hasta ese momento estaban reservados a los médicos o a los dentistas. En el artículo de Gilles Dussault (véase este número, página 469) se analiza la experiencia canadiense en materia de reglamentación profesional, en particular los diferentes enfoques de Quebec y Ontario, a fin de comprender en qué medida la reglamentación determina los márgenes de flexibilidad según la amplitud relativa que asigna a la exclusividad de ciertos actos o procedimientos de determinadas profesiones y a las relaciones de subordinación que establece entre estas profesiones. Por su parte, el artículo de la Sra. Snell (véase este número, página 525) aborda el tema de la promoción de la profesión de la enfermería por varios gobiernos, como el de Alberta, con objeto de asignarle un papel más preponderante en la organización y el suministro de ciertos servicios (por ejemplo, en la atención obstétrica). Este interés gubernamental en la enfermería obedece igualmente a una grave crisis de la profesión en el Canadá, que se manifiesta en la dificultad para atraer y retener personal de enfermería, especialmente en los medios institucionales (18). Otro ejemplo en el cual se manifiesta la exigencia de resultados consiste en la insistencia cada vez mayor por la formulación de pautas o de criterios para orientar la práctica médica (atención apropiada).

El aspecto principal de la planificación de los recursos humanos es el control del crecimiento, la distribución y la composición desde el punto de vista de las especialidades del personal médico. Desde hace 25 años, la profesión médica ha crecido a un ritmo mayor que la población, cuya tasa de crecimiento es muy baja. El número total de médicos, incluidos los internistas y residentes, pasó de 43 192 en 1979 a 58 942 en 1989, de manera tal que el número de habitantes por médico bajó de 554 a 449. Existen grandes diferencias en la distribución de los médicos en las provincias, especialmente de los especialistas, entre las regiones urbanas con universidades y las regiones más alejadas. La necesidad de controlar los gastos, con la finalidad de proteger los principales logros del sistema, obliga a los gobiernos provinciales a actuar en un campo político delicado, conflictivo debido a la índole y a la importancia de los intereses en juego, y complejo a causa de la multiplicidad de protagonistas y de niveles de decisión. La formulación —y sobre todo la aplicación— de una política en materia de personal médico requiere un acuerdo entre el Ministerio de Salud, el Ministerio de Enseñanza Superior, las universidades y facultades de medicina, y las federaciones médicas.

La provincia de Quebec ha avanzado más que las otras provincias canadienses en ese sentido. Este avance se puede atribuir a la restricción de la movilidad de sus médicos en el Canadá: en primer lugar por motivos lingüísticos (la mayoría de los médicos de Quebec son francoparlantes) y por otra parte por razones históricas (Quebec tiene su propio organismo de certificación de médicos que los habilita para ejercer la profesión en el

territorio de la provincia). El artículo de Contandriopoulos y Fournier (véase este número, página 494) presenta un balance de la experiencia de Quebec.

La situación es más compleja en las demás provincias, puesto que toda política en materia de personal médico debe tener carácter nacional para que pueda aplicarse. En 1991, la Conferencia Federal, Provincial y Territorial de Viceministros de Salud encargó a un grupo de trabajo la tarea de examinar la cuestión. El grupo de trabajo presentó un documento titulado: "Hacia políticas integradas en materia de personal médico en el Canadá", cuyas recomendaciones se articulan con un marco de referencia correspondiente al ciclo de la carrera médica (19). El documento tiene grandes repercusiones en todo el país. Por lo tanto, en enero de 1992, la Conferencia adoptó varias orientaciones estratégicas en materia de gestión de recursos humanos médicos, en particular la disminución del número de médicos que se formarán en las facultades de medicina canadienses, la elaboración de pautas nacionales para la práctica médica, la mejora de la estimación de los gastos de los servicios médicos, el reemplazo de la facturación basada en los servicios prestados con otras modalidades de remuneración, el fomento de la utilización de métodos alternativos para el suministro de servicios, la reorganización de los centros médicos académicos con el objeto de atender mejor las necesidades de la población en materia de servicios de salud, el aumento de la disponibilidad de servicios clínicos en las zonas rurales, el perfeccionamiento continuo de los médicos que ejercen la profesión y el fomento de la flexibilidad entre los grupos profesionales (20).

En el contexto canadiense, estas reformas son espectaculares. La mayoría de los grupos interesados se entienden en cuanto a sus características básicas si lo que está en juego es la preservación de los principios fundamentales del sistema de salud canadiense. Lo cierto es que el concepto actual de la organización de los servicios y, en particular, del papel de la profesión médica será modificado a fondo.

## REFERENCIAS

- 1 Ministry of Treasury and Economics. Managing Health Care Resources Meeting Ontario's Priorities. Documento complementario, 1992 Ontario Budget, Toronto, pág. 27.
- 2 Oficina de Contabilidad General de los Estados Unidos. *Canadian Health Insurance: Lessons for the United States*. Washington, D.C., 1991.
- 3 Shah, C. P. *Public Health and Preventive Medicine in Canada*, 2ª ed. Toronto, 1989.
- 4 Vaillancourt, Y. L'évolution des politiques sociales au Québec 1940-1960. Montreal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1988.
- 5 Bégin, M. L'assurance santé: Plaidoyer pour le modèle canadien. Editions du Boréal Express, Montreal, 1987, pág. 52.

- 6 Sutherland, R. W. y Fulton, M. J. *Health Care in Canada*. Ottawa, The Health Group, 1990, 338 págs.
- 7 Fried, B. J., Deber, R. B. y Leatt, P. Corporatization and Deprivatization of Health Services in Canada. *Int J Health Services* 17(4):567-83, 1987.
- 8 Bozzini, L. Local Community Services Centers (CLSCs) in Quebec: Description, Evaluation, Perspectives. *J Public Health Policy* 9(3):346-75, 1988.
- 9 Renaud, M. Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un Etat "narcissique". En: Bozzini, L. et al. *Médecine et société, les années 80*. Albert St-Martin, 1981, pág. 513.
- 10 Iglehart, J. K. Health Policy Report, Canada's Health Care System. *N Engl J Med* 315(3):202-8, 1986.
- 11 Iglehart, J. K. Canada's Health Care System Faces its Problems. *N Engl J Med* 322(8):862-68, 1990.
- 12 Ministerio de Salud y Bienestar Social. *Nouvelle Perspective de la Santé des Canadiens*. Ottawa, 1974, 64 págs.
- 13 *Ibid.*, págs. 31-32.
- 14 Ministerio de Salud y Servicios Sociales. *Un financement équitable à la mesure de nos moyens*. Gobierno de Quebec, Quebec, 1991, pág. 31.
- 15 Ministerio de Hacienda y Economía. *Managing Health Care Resources*. Toronto, 1992, pág. 27.
- 16 Evans, R. G. et al. Controlling Health Expenditures—The Canadian Reality. *N Engl J Med* 320(9):571-7, 1989.
- 17 Barer, M. L. Controlling Medical Care Costs in Canada. *JAMA* 265(18):2393-4, 1991.
- 18 Asociación Canadiense de Enfermeras y Asociación Canadiense de Hospitales. *Nurse Retention and Quality of Work Life: A National Perspective*. Noviembre de 1990.
- 19 Barer, M. L. y Stoddart, G. L. Toward Integrated Medical Resource Policies for Canada. Conferencia de Secretarios de Salud, junio de 1991.
- 20 Ministerio de Hacienda y Economía. *Managing Health Care Resources*. Toronto, mayo de 1992, pág. 20.

# **L**LA REGLAMENTACION PROFESIONAL Y LA PRODUCCION DE SERVICIOS DE SALUD

*Gilles Dussault*<sup>1</sup>

---

## **INTRODUCCION**

En el Canadá, como en todos los países ricos, los servicios de salud se producen en el marco de una división y organización del trabajo que se ha vuelto particularmente compleja durante los últimos 50 años. La especialización de la medicina y la aparición de varias ocupaciones nuevas, especialmente en los campos de la rehabilitación física, la salud mental y la atención preventiva, han dado lugar a una nueva división del trabajo, tanto horizontal como vertical, y han transformado radicalmente los sistemas de servicios de salud. El desarrollo de los conocimientos y de la técnica, favorecido por un contexto de rápido crecimiento económico, ha provocado este aumento de la complejidad de la producción de servicios de salud. La forma que esto ha tomado varía de una sociedad a otra, especialmente según el contexto jurídico-administrativo adoptado para encuadrar la división del trabajo en el campo de la salud. Aunque desde hace unos 20 años se observa un crecimiento continuo de la oferta de servicios de salud fuera de las estructuras reconocidas, por practicantes calificados "alternativos", la producción básica todavía está en manos de especialistas reconocidos, con una formación más o menos prolongada, cuyas actividades están sujetas a un conjunto de normas oficiales y extraoficiales que van de las tradiciones profesionales hasta las leyes que rigen el ejercicio de las actividades de prestación.

La división de tareas entre las distintas categorías de productores está lejos de ser arbitraria: se determina socialmente, como bien lo muestra la comparación entre los sistemas de servicios de salud, que revela variaciones importantes en la forma de dividir y organizar la producción sani-

---

<sup>1</sup> Departamento de Administración de Salud, Universidad de Montreal, Canadá.

taria (Roemer, 1989). Tiene también una base jurídica que establece sus límites y define las principales modalidades de la producción de servicios. Por ejemplo, en la mayoría de los países la ley atribuye a los médicos prerrogativas especiales, como el derecho exclusivo de efectuar ciertos diagnósticos o intervenciones, lo cual los coloca en una posición de dominio con respecto a otros productores que dependen de ellos para ejercer su profesión. Ese es el caso de los farmacéuticos, que dependen de las recetas médicas, y de otras ocupaciones cuyos miembros no están autorizados para tomar la iniciativa de administrar un tratamiento o un servicio sin aval médico, como en el caso del personal de enfermería y diversas categorías de técnicos. De allí resulta una división del trabajo jerarquizada que delimita el universo de posibilidades para la organización de los sistemas de servicios de salud.

A medida que los investigadores van comprendiendo mejor y explicando los procesos de producción y utilización de los servicios de salud, revelan también toda su complejidad. Se sabe que numerosos factores influyen en la índole, la cantidad y la calidad de los servicios que se producen y consumen. Estos factores están relacionados con la conducta de los productores y usuarios, en quienes influyen, a su vez, variables tales como las características sociales y profesionales (edad, sexo, grado de educación, nivel de ingresos, lugar de residencia, conceptos de salud y enfermedad; en el caso de los productores cabe agregar el tipo de formación, la especialización y el tipo de práctica), el entorno institucional (la organización de la distribución de los servicios, que determina su accesibilidad; el sistema de formación del personal de salud, el tipo y el nivel de remuneración, el marco reglamentario) y los recursos (cognoscitivos, técnicos, materiales y financieros) disponibles. La forma que toman estos factores y la índole de su influencia son determinados a nivel social e histórico. Los sistemas de servicios de salud no se desarrollan en un vacío, sino en un contexto social en el cual las modalidades y relaciones de producción dominantes, la cultura y la historia definen los parámetros generales de la producción y el consumo de servicios de salud.

En este artículo se abordará una variable del entorno institucional: la reglamentación del ejercicio de las profesiones de la salud, que desempeña una función decisiva en la configuración de los sistemas de servicios de salud. Dicha actividad define la división del trabajo entre los distintos productores, así como las modalidades de su evolución. Influye también en la conducta de los productores, porque además de determinar lo que están autorizados a hacer, con frecuencia define incluso la forma en que deben hacerlo, al igual que las normas de deontología. La primera parte de este artículo tiene como propósito demostrar que la reglamentación profesional puede considerarse como un importante factor determinante de la producción y utilización de los servicios de salud y, como tal,

merece una atención especial de los encargados de tomar decisiones en el sector salud. Demostraremos que aunque esta reglamentación tenga habitualmente como objetivo asegurar la calidad de los servicios, puede producir efectos negativos indeseados. En la segunda parte examinaremos la experiencia canadiense, haciendo hincapié en los ejemplos de las provincias de Quebec y Ontario, desde el punto de vista de los intentos realizados para evitar que la reglamentación profesional produjera tales efectos. En la última parte analizaremos las experiencias presentadas y sus repercusiones en la formulación de políticas y en la investigación.

### **LA REGLAMENTACION PROFESIONAL COMO FACTOR DETERMINANTE DE LA PRODUCCION Y UTILIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

¿Quién hace qué en el sector salud? ¿Quién está autorizado a ofrecer qué atención y qué servicios? La respuesta a estas preguntas puede variar mucho de una jurisdicción a otra. Algunas son más restrictivas e interponen grandes barreras al suministro de asistencia sanitaria, en tanto que otras son más permisivas (Stepan, 1985). En un mismo país, como ocurre en países federativos tales como los Estados Unidos y el Canadá, se observan variaciones muy grandes de una región a otra en cuanto a la división del trabajo de salud. Por ejemplo, en ciertas provincias canadienses y estados de los Estados Unidos las parteras pueden ejercer, y en otras, no (Bardy, 1988). Lo mismo ocurre con prácticas tales como la acupuntura (Voyer, 1991), la quiropráctica, la ósteopatía y la naturopatía. Asimismo, se observa que una ocupación determinada, aunque esté reconocida en todas partes, puede tener atribuciones diferentes según la jurisdicción; por ejemplo, los higienistas dentales están autorizados para administrar tratamientos en ciertas provincias canadienses, pero en otras solo pueden proporcionar atención preventiva. En el Canadá, la legislación profesional de la provincia de Ontario es generalmente más permisiva que la de su vecina, la provincia de Quebec.

La expresión "reglamentación profesional" puede designar tanto el proceso de elaboración de normas jurídicas que delimitan el ejercicio profesional de los productores de servicios de salud como el resultado del proceso, es decir, las normas mismas. Es esta segunda dimensión la que abordaremos aquí. La primera es interesante desde el punto de vista del análisis de la formulación de políticas, pero será el tema de otro trabajo. Estas normas se formulan en el texto de las leyes, los decretos y los reglamentos adoptados por las legislaturas y los organismos dotados de facultades reglamentarias, como los colegios o gremios profesionales. Cabe señalar que existen otras normas que influyen en la conducta de los productores

de servicios e, indirectamente, en la conducta de los usuarios. Algunas son de tipo convencional, como las que se incluyen en los convenios colectivos de trabajo celebrados entre los sindicatos y las organizaciones que proporcionan servicios de salud (sobre la composición de los equipos de trabajo, por ejemplo); otras tienen un carácter puramente administrativo, como los reglamentos internos de los establecimientos asistenciales, por ejemplo los que definen la organización de las actividades, agrupando a los productores de servicios en departamentos según la disciplina, la función, la clientela o el programa. Las primeras emanan de negociaciones, y las segundas generalmente son establecidas por los directores de las instituciones. En ambos casos, son mucho más fáciles de modificar que las normas de tipo jurídico. Existen también otras normas extraoficiales que pueden surtir un efecto importante. Por ejemplo, las tradiciones de una institución, como las tradiciones en materia de delegación o sustitución, o incluso las "modalidades profesionales" que se observan en la manera de organizar los servicios de enfermería, de geriatría o de salud mental, a menudo tienen grandes repercusiones en la forma de dividir y organizar el trabajo. Sin negar la importancia de estas normas convencionales, administrativas y extraoficiales, cabe señalar que las normas jurídicas tienen un efecto restrictivo más importante y un impacto más determinante en la organización de la prestación de servicios debido a la legitimidad y a la fuerza de aplicación que la ley les confiere. El consumo de servicios tiene lugar dentro del marco definido por estas normas; por consiguiente, el consumidor puede elegir a su proveedor de servicios solo dentro de los límites establecidos por ley, que en ciertos casos ofrecen una sola opción, como en los lugares donde los médicos son las únicas personas autorizadas para atender los partos.

La reglamentación de la producción de servicios generalmente tiene como consecuencia una restricción de las actividades de diagnóstico y tratamiento, con el fin de impedir que personas incompetentes o charlatanes pongan en peligro la salud y el bienestar de la población. Históricamente, han sido sobre todo los productores de servicios que se consideraban mejor preparados para proporcionar asistencia, como los médicos y, posteriormente, los farmacéuticos y los dentistas, quienes han luchado por la adopción de leyes restrictivas (Friedman, 1962; Hamowy, 1984). Estos esfuerzos han alcanzado distintos grados de éxito según la sociedad, pero se puede afirmar que, en general, las legislaturas han aceptado el argumento de que sería peligroso permitir que cualquiera tenga acceso al mercado de los servicios de salud. En el Canadá, las primeras leyes que reglamentan el ejercicio de la medicina se remontan a principios del siglo XIX (Bernier, 1989). Esas leyes crearon un modelo jurídico que durante un siglo y medio ha establecido las condiciones del desarrollo de la división del trabajo sanitario, puesto que las nuevas ocupaciones que han querido

entrar en el mercado de los servicios de salud han debido hacerlo en los términos establecidos por las leyes que rigen el ejercicio de la medicina (Dussault, 1978).

Básicamente, la reglamentación de la producción de servicios de salud ha excluido del mercado a las personas que no reunían ciertas características, como poseer un diploma determinado o ser miembro de una asociación reconocida. Por lo general, a ese proceso de exclusión ha correspondido un proceso de usurpación, mediante el cual los excluidos y los recién llegados al mercado han tratado de captar una parte del mismo (Parkin, 1979). Algunos lo lograron, con mayor frecuencia al precio de aceptar su calidad de subordinados; otros no pudieron obtener un reconocimiento jurídico y tuvieron que contentarse con sobrevivir en la ilegalidad o simplemente desaparecieron (Willis, 1983).

Se han realizado pocos estudios con el propósito de determinar empíricamente los efectos de este tipo de intervención jurídica. Durante mucho tiempo, los gobiernos y los consumidores de servicios de salud han aceptado el argumento de la necesidad de restricciones, confiando en sus principales defensores, es decir, los productores de servicios de salud, quienes eran, sin embargo, los principales beneficiarios. No obstante, desde los años sesenta se ha venido prestando más atención a los efectos indeseados de la reglamentación demasiado restrictiva, puesto que dichos efectos podrían anular los beneficios del control de la incompetencia. Entre esos efectos indeseables cabe destacar cuatro. En primer lugar, se han creado cuasi monopolios, cuyo efecto ha sido aumentar la escasez de ciertos servicios y, por consiguiente, elevar su costo. Esta es una crítica que ha sido formulada por muchos economistas, que piensan que los privilegios en cuanto a la práctica profesional obtenidos por los médicos y otros productores de servicios producen los efectos negativos atribuibles a toda clase de monopolio (Nieuwenhuysen y Williams-Wynn, 1982; Gross, 1984; Reinhardt, 1987). Stigler ha planteado la tesis de que los principales beneficiarios de las restricciones del ejercicio profesional son los productores, que tienen el derecho de ejercer la profesión y que, con el tiempo, han llegado en muchas jurisdicciones a controlar el proceso de exclusión y a utilizarlo en su propio provecho. En el sector de los servicios dentales, por ejemplo, las leyes restrictivas han logrado en ciertos casos, como en Quebec, impedir que nadie que no sea un dentista proporcione servicios curativos, mientras que los higienistas dentales, que han recibido una formación adecuada, podrían ofrecer ciertos servicios de ese tipo (Dussault, 1984).

Un segundo tipo de efecto indeseable es la reducción, y prácticamente la eliminación, de la posibilidad de sustituir a ciertos miembros del personal. En consecuencia, hay profesionales que producen servicios que podrían ser producidos con el mismo grado de competencia, sin peligro para el consumidor, por otros profesionales cuyos servicios son menos

costosos y más fáciles de obtener. Ese es el caso de un especialista que presta servicios que un médico clínico podría prestar, o de un médico que proporciona cuidados que una enfermera podría proporcionar debidamente, o de una enfermera que suministra la atención que un auxiliar de enfermería podría suministrar, etc. Se podría hablar de un empleo inadecuado de los recursos humanos en salud (Donabedian, 1979).

El carácter relativamente cerrado del mercado de salud dificulta el acceso de los nuevos productores que ofrecen servicios diferentes a los que ya están disponibles. El consumidor no tiene fácil acceso a servicios que podrían ser útiles o para los cuales habría una demanda latente debido a la exclusión de sus productores por mecanismos jurídicos. En Quebec, varios servicios relacionados con las disciplinas médicas no tradicionales o incluso con la "medicina alternativa", como los servicios de acupunturistas (que fueron parcialmente autorizados en 1985), naturópatas y masajistas, están disponibles solo fuera del sistema de salud oficial, con un grado relativo de clandestinidad e ilegalidad, debido a cierta tolerancia por el gobierno.<sup>2</sup> Por lo tanto, el acceso a esos servicios es limitado y es posible que, de esta forma, no se satisfagan las necesidades o preferencias legítimas de los consumidores.

Por último, la existencia de leyes y reglamentos que establecen fronteras impenetrables entre los campos profesionales, como ocurre cuando se reconocen monopolios del ejercicio profesional, dificulta el trabajo en equipo y la práctica multidisciplinaria, precisamente en un momento en que estas formas de organización del trabajo parecen ser más necesarias. La salud mental, la geriatría y la rehabilitación, en que los problemas de salud son pluridimensionales y tienen una etiología compleja, se encuentran entre los campos donde la necesidad de flexibilidad en el plano de las relaciones de trabajo entre distintas disciplinas y profesiones es mayor. La reglamentación demasiado restrictiva impone una distribución de tareas en función de límites jurídicos, lo cual impide que se haga en función de la competencia de cada uno. Por ejemplo, no se puede aprovechar la experiencia y la pericia que un profesional haya adquirido con el correr del tiempo y confiarle tareas que sea capaz de ejecutar si estas no forman parte legalmente del ámbito del ejercicio de su profesión. Esto también lleva a la conclusión de que la utilización de los recursos humanos disponibles no es óptima y, en consecuencia, subsiste la falta de eficiencia. El costo que esto representa impide satisfacer otras necesidades con los recursos que podrían economizarse.

---

<sup>2</sup> Los quiroprácticos sobrevivieron en esa situación durante casi 50 años, hasta que fueron reconocidos en 1974.

Estas consecuencias del cierre de ciertos segmentos del mercado de la atención de salud se comprenden más fácilmente cuando se realizan investigaciones sobre la eficiencia de la producción de servicios de salud, como en el caso de los sistemas públicos de salud que deben hacer frente a una demanda que excede la capacidad de respuesta. En Quebec, por ejemplo, el estudio que se hizo a fines de los años sesenta sobre la organización de los servicios de salud para satisfacer las necesidades de la población (Comisión de Investigación sobre la Salud y el Bienestar Social, 1969–1970) llevó a la conclusión de que una de las condiciones para el establecimiento de una red de servicios capaz de ofrecer atención gratuita y de buena calidad a todos los ciudadanos era una organización del trabajo más eficiente y mejor coordinada. En el apartado siguiente explicaremos la forma en que el gobierno de Quebec trató de resolver el problema de la formulación de un reglamento de la producción de servicios que permitiera al mismo tiempo garantizar el suministro de servicios de buena calidad y evitar las consecuencias perjudiciales del tipo de las ya mencionadas. Presentaremos también la experiencia de Ontario, que, con los mismos objetivos, tomó un rumbo diferente, a fin de mostrar que puede haber variaciones importantes en la forma de reglamentar la división del trabajo de salud en un mismo país.

## **LA REGLAMENTACION PROFESIONAL EN QUEBEC Y EN ONTARIO**

En la federación canadiense, las 10 provincias tienen la responsabilidad constitucional de administrar los servicios de salud. En teoría, podría haber entonces tantos modelos de organización de la producción de servicios de salud como provincias. En la práctica, el Gobierno federal intervino después de la Segunda Guerra Mundial para tratar de uniformar los sistemas de salud, con el argumento de que todos los canadienses debían tener acceso a servicios de igual calidad. El Gobierno federal utilizó su poder para asignar fondos a fin de homogeneizar los servicios, creando programas “de gastos compartidos” de seguro de hospitalización, al principio (a fines de los años cincuenta), y de seguro médico después (a partir de 1965). Su estrategia consistió en ofrecer a las provincias el pago del 50% de los gastos de hospitalización y, más adelante, de los gastos médicos, con la condición de que aceptaran respetar ciertas reglas básicas de la organización de los servicios.<sup>3</sup> En el caso del seguro médico, estas normas son las

---

<sup>3</sup> Con el tiempo, el Gobierno federal, invocando dificultades financieras, redujo su contribución, pero sin renunciar a sus exigencias. La contribución federal a Quebec, por ejemplo, pasó del 50%, que se mantuvo hasta 1977, a 40% en 1991 (Ministerio de Salud y Servicios Sociales, 1992).

siguientes: los servicios deben ser públicos; todos los ciudadanos tienen acceso a dichos servicios (universalidad); todos los servicios cubiertos están a disposición de todos; los servicios son gratuitos; los ciudadanos conservan el derecho de acceso si se trasladan de una provincia a otra. La aceptación por todas las provincias de esta oferta difícil de rehusar contribuyó a uniformar la prestación de servicios hospitalarios y médicos en todo el país. Sin embargo, subsisten diferencias que guardan relación con el contexto particular de cada provincia y con su cultura política y administrativa. Se observan diferencias de ese tipo en el plano de la reglamentación del ejercicio de las profesiones de salud. No será posible presentar un panorama completo de la situación canadiense al respecto; sin embargo, presentando la experiencia de las dos provincias más pobladas<sup>4</sup> (que representan alrededor del 60% de la población canadiense) podremos dar una idea justa de las tendencias predominantes en la materia. En el apartado siguiente describiremos los mecanismos establecidos en cada provincia para encuadrar el ejercicio de las profesiones de la salud, examinando el caso de Quebec con más detalles. Se presentará el caso de Ontario para mostrar que puede haber diferencias importantes de una jurisdicción a otra.

### **La reglamentación de las profesiones de la salud en Quebec**

A principio de los años setenta, cuando el gobierno de Quebec inició una reforma del conjunto de servicios sociales y de salud, reconoció que un aspecto clave de la reforma sería la reestructuración de las leyes que rigen el ejercicio de las profesiones de la salud. Hasta ese momento, esa legislación se había desarrollado en forma desordenada. Los sucesivos gobiernos se contentaban con reglamentar individualmente las solicitudes de privilegios para el ejercicio, y no tomaban la iniciativa de intervenir en el proceso de división del trabajo de salud. Esta actitud beneficiaba, en primer lugar, a las profesiones bien afianzadas, como la medicina y la cirugía bucodental, que trataban sistemáticamente de mantener, o incluso reforzar, su control de la producción de servicios. Desde 1847, la profesión médica funcionaba en forma de gremio, al cual la ley fue otorgando gradualmente vastos poderes de control del ejercicio de toda clase de actividad de diagnóstico y tratamiento. Con el correr de los años, el gremio médico ha utilizado esos poderes para subordinar a otras ocupaciones, como los

---

<sup>4</sup> En 1991, Quebec tenía 6 900 000 habitantes, y Ontario, 9 600 000. La población canadiense ascendía a 27 millones. Estas dos provincias son las más ricas e industrializadas del país, Ontario aún más que Quebec. Las diferencias entre ambas son de índole cultural: el 80% de los habitantes de Quebec son de habla francesa, mientras que la población de Ontario es, en su mayoría, angloparlante.

farmacéuticos, el personal de enfermería y diversos grupos de técnicos, y para excluir a otros del mercado, como los quiroprácticos, los homeópatas, etc. En cuanto a la atención odontológica, el gremio de los dentistas, que fue creado en 1869, ha hecho lo mismo, en una escala evidentemente más limitada, subordinando a los técnicos dentales y excluyendo a todo grupo que pretendiera ofrecer servicios bucodentales fuera de su ámbito de control. Las nuevas ocupaciones que surgieron a partir de los años cincuenta, como la rehabilitación física (fisioterapeutas, ergoterapeutas, audiólogos) se sometieron de mala gana a las reglas del juego del mercado profesional y se encontraron entre los primeros grupos en exigir una política gubernamental más racional en materia de reglamentación del ejercicio profesional. El proyecto de creación de un régimen de seguro médico provocó una reflexión más global sobre el sistema de servicios de salud. Uno de los temas de dicha reflexión ha sido la negociación de las relaciones entre las distintas categorías de productores de servicios (Comisión de Investigación sobre la Salud y el Bienestar Social, 1970).

En resumen, se reconoció que las leyes existentes no permitían, e incluso obstaculizaban, el establecimiento de un sistema integrado de servicios de salud capaz de atender las necesidades de los ciudadanos, teniendo en cuenta no solo los aspectos físicos, sino también los psicológicos y sociales, y de asegurar la continuidad de los servicios, garantizando al mismo tiempo su calidad y manteniendo su costo a un nivel socialmente aceptable. Era imprescindible reformar la legislación profesional, más aún en vista de que el desarrollo científico había conducido a una mayor complejidad y diversificación de la producción de la asistencia y los servicios sanitarios, que las leyes existentes eran incapaces de encuadrar eficazmente (Dussault y Borgeat, 1973). En consecuencia, se preparó un proyecto de *Código de las profesiones*, que fue sometido a la consideración de la legislatura en 1971 y adoptado en 1973. Por razones de viabilidad política, el Gobierno decidió desde un principio no poner en tela de juicio los mecanismos de autorreglamentación existentes, con los cuales los gremios profesionales se hacían cargo de la reglamentación de sus propias actividades. En cambio, optó por una estrategia de adaptación de las estructuras tradicionales a las nuevas exigencias sociales, especialmente las resultantes de la necesidad creciente de una interacción entre las distintas ocupaciones y de las exigencias en aumento de los ciudadanos en cuanto a la garantía de la calidad de los servicios.

El proyecto de *Código* mantenía el principio de la autogestión, pero le agregaba mecanismos de imputabilidad y la obligación de proteger los intereses del público. Preveía la creación de un organismo de supervisión de las actividades de los gremios, la uniformidad de las estructuras gremiales y criterios de ingreso, e introducía la participación del público en la administración de los gremios. El *Código de las profesiones* se aplicaba no

solo a las profesiones de la salud, sino también a las profesiones del derecho, la administración y la contabilidad, la ingeniería y la gestión. Eso complicaba la formulación del marco reglamentario, debido a la variedad de actividades que se trataba de reglamentar y a la multiplicidad de intereses en juego. El proyecto de ley fue objeto de duras críticas e incluso de la oposición de varios gremios que veían en él una injerencia del Estado en sus asuntos y una afrenta a sus derechos adquiridos. Al mismo tiempo, otros grupos presionaban incesantemente para que se los incluyera en la lista de gremios reconocidos o para obtener mayores privilegios que los que tenían en ese momento. El proyecto de ley preveía la creación de dos categorías de gremios: aquellos cuyos miembros tendrían el privilegio del ejercicio exclusivo (es decir, que serían las únicas personas autorizadas por ley para realizar las actividades definidas como parte de su campo de ejercicio de la profesión<sup>5</sup>) y aquellos cuyos miembros tendrían el privilegio de usar ciertos títulos profesionales solamente (en este caso, el campo de ejercicio de la profesión no estaría reservado únicamente a los miembros del gremio, pero solo ellos podrían utilizar los títulos profesionales reservados para ellos<sup>6</sup>). Desde 1971 hasta 1973, año en que se adoptó la ley, la situación de varias ocupaciones cambió: los fisioterapeutas, los audiólogos y los ortofonistas, que en el proyecto de ley estaban comprendidos en la lista de profesiones de ejercicio exclusivo, pasaron a la de profesiones de título reservado en la ley. Otras ocupaciones, que no figuraban en ninguna lista en 1971, lograron ganarse un lugar en 1973 (ergoterapeutas, auxiliares de enfermería y técnicos en medicina<sup>7</sup>).

Por lo tanto, el *Código* de 1973 es un "orden negociado", el resultado de concesiones entre las aspiraciones de cambio que tenía el gobierno y los deseos de los productores de servicios de proteger sus intereses. Como se preveía ya en 1971, el *Código* creó dos categorías de gremios: los de "ejercicio exclusivo"<sup>8</sup> y los de "título reservado".<sup>9</sup> Su mandato está explícitamente definido: "asegurar la protección del público", controlando el ejercicio de la profesión por sus miembros, lo cual excluye explícitamente las actividades de defensa y promoción de los intereses de los profesionales por los profesionales mismos. El *Código* obliga a los gremios

<sup>5</sup> Fórmula que equivale a la "licenciatura".

<sup>6</sup> Fórmula que equivale a la "certificación".

<sup>7</sup> Categoría que comprende básicamente los técnicos de laboratorio.

<sup>8</sup> En el sector social y sanitario son los siguientes: especialistas en prótesis auditivas, quiroprácticos, dentistas, especialistas en prótesis dentales, personal de enfermería, médicos, ópticos, optometristas, farmacéuticos, podiatras, técnicos de radiología.

<sup>9</sup> En el sector social y sanitario son los siguientes: audiólogos y ortofonistas, dietistas, ergoterapeutas, higienistas dentales, inhaloterapeutas, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, psicólogos, técnicos dentales, técnicos en medicina, asistentes sociales.

a adoptar un código de deontología “que imponga al profesional los deberes de orden general y particular con respecto al público, sus clientes y su profesión ...” (art. 87).<sup>10</sup> La estructura administrativa de los gremios es uniforme. De la administración se encarga una Oficina, cuyo número de integrantes varía (de 8 a 24) según el número de miembros del gremio. Los administradores de la Oficina son miembros elegidos por sus colegas, con un mecanismo electoral prescrito que garantiza la representación regional. La Oficina tiene también representantes del público en calidad de miembros de pleno derecho (de 2 a 4, según el tamaño de la Oficina) nombrados por el gobierno y seleccionados de una lista presentada por grupos representativos de la comunidad.

Cada gremio se encarga de supervisar el ejercicio de la profesión por sus miembros mediante actividades de “inspección profesional”. Estas actividades consisten en evaluar la calidad del ejercicio de la profesión, especialmente mediante un examen de los expedientes que mantienen los miembros, y en asegurar el respeto de las normas de práctica aceptadas. No obstante, la ley no especifica la forma en que debe efectuarse dicha inspección ni con qué frecuencia. Por lo tanto, existen variaciones considerables en ese sentido de un gremio a otro. Si un profesional recibe una evaluación negativa, puede ser obligado a tomar cursos de actualización y pueden establecerse condiciones para su ejercicio de la profesión, como efectuar ciertos procedimientos solo bajo supervisión. Otra obligación establecida en las leyes es imponer disciplina, atendiendo las quejas relativas a infracciones del *Código*, de la ley que rige la profesión o de los reglamentos que de ella emanan, como el código de deontología. Cada gremio debe tener un comité disciplinario, cuyo presidente es un abogado nombrado por el gobierno por recomendación del gremio de abogados. Este abogado debe tener por lo menos 10 años de práctica pertinente. Las quejas pueden ser presentadas por clientes, por otros profesionales, por instituciones o por el mismo gremio (por ejemplo, cuando la inspección profesional revela un incumplimiento de las normas). El trámite de dichas quejas se efectúa como si fuera ante un tribunal. En caso de que se declare la culpabilidad, las sanciones van desde una amonestación y multa hasta la suspensión temporaria o permanente.

Ciertos gremios, como los de los médicos, los dentistas, el personal de enfermería, los farmacéuticos, los optometristas y los podiatras,

<sup>10</sup> De conformidad con el *Código de las profesiones*, el código de deontología de cada gremio debe contener una lista de actos que atentan contra la dignidad de la profesión, una lista de actividades incompatibles con su ejercicio y disposiciones que garanticen el respeto del secreto profesional y el acceso del cliente a la información que le concierne (artículo 87).

deben especificar, conforme al reglamento, los actos normalmente reservados a sus miembros que pueden ser delegados a otras personas sin poner en peligro la salud o el bienestar de los usuarios. Con este mecanismo de delegación, la legislatura buscaba impedir que el otorgamiento de privilegios en cuanto al ejercicio exclusivo fijara los límites del campo de ejercicio de la profesión y obstaculizara la necesaria colaboración entre distintos profesionales.

Por otra parte, el *Código* creó una "Oficina de las Profesiones", organismo público autónomo encargado de "velar para que cada gremio asegure la protección del público", de formular recomendaciones al gobierno en cuanto a la oportunidad de crear, disolver o fusionar gremios y de modificar la ley y los reglamentos vigentes. La Oficina está facultada también para reemplazar a un gremio que no cumpla sus obligaciones.

Con estas leyes, el gobierno de Quebec esperaba crear un entorno jurídico propicio para la mejora de la calidad de los servicios profesionales, conservando al mismo tiempo una gran autonomía de los productores en cuanto a la gestión de sus actividades. Si se considera que los primeros dos o tres años siguientes a la adopción de la ley fueron consagrados básicamente a la implantación de las nuevas estructuras administrativas, hace ahora 15 años que esta reglamentación entró en vigor. Por lo tanto, es legítimo y procedente preguntar qué efecto ha tenido en la producción de servicios de salud: ¿Ha contribuido verdaderamente a una mejora de la calidad del ejercicio de la profesión? ¿Ha permitido al público explicar mejor sus expectativas y necesidades a los profesionales? ¿Ha propiciado la colaboración interprofesional?

Se han realizado pocos estudios sobre los resultados de la reforma de 1973. Una comisión gubernamental de investigación, que estudió el funcionamiento del sistema de servicios sociales y sanitarios de 1985 a 1988, es la principal fuente de información sobre la evaluación que puede hacerse de la reforma (Comisión de Investigación sobre los Servicios de Salud y los Servicios Sociales, 1988). En resumen, se ha llevado a cabo la reforma administrativa propiamente dicha, es decir, la normalización de las estructuras de los gremios y el establecimiento de la Oficina de las Profesiones. Todos los gremios fueron reorganizándose gradualmente según las condiciones formuladas en el *Código de las profesiones*. En cuanto a la contribución de la inspección profesional a la calidad del ejercicio de la profesión, los resultados son más variados. Sobre la base de un estudio de las actividades de los gremios en lo que atañe a la inspección profesional (Dussault *et al.*, 1988), la Comisión observó grandes diferencias en cuanto al tipo y al volumen de actividad. Por una parte, se constata que hay gremios muy activos, como el de los médicos, que cuenta con un servicio de inspección con inspectores de diversas especialidades, contratados a tiempo completo, que aplican criterios estrictos para garantizar la credibilidad de

las inspecciones. El gremio de los médicos dedica un poco más de un quinto de su presupuesto a las inspecciones, que cada año se extienden a casi la mitad de los médicos en ejercicio. Además de las funciones de vigilancia, el servicio de inspección promueve la buena calidad de la práctica profesional, para lo cual publica y distribuye entre los médicos folletos sobre temas que requieren aclaración en cuanto a las normas del ejercicio profesional.<sup>11</sup> El gremio del personal de enfermería también es muy activo en materia de inspección. En el otro extremo se encuentran los gremios que no realizan inspecciones (técnicos dentales) o que realizan muy pocas (quiroprácticos, dietistas, técnicos en medicina) y que generalmente invocan el costo de estas actividades para justificarse. Muchos gremios se contentan con efectuar inspecciones en respuesta a quejas o a información que indique un problema en cuanto a la calidad del ejercicio profesional. Sin embargo, cabe señalar que el riesgo de que la práctica profesional sea de mala calidad no está igualmente distribuido: es menor en los casos en que los profesionales trabajan en instituciones o en grupo, como ocurre con la mayoría de ellos, puesto que están sometidos a diversos mecanismos de control periódico, y es mayor entre los profesionales que trabajan individualmente, en consultorios privados. La inspección es más necesaria en estos casos, pero también más costosa; por lo tanto, se pasa por alto más fácilmente.

De estas observaciones no se pueden sacar conclusiones definitivas, fuera del hecho de que los gremios que realizan pocas inspecciones, o que no realizan ninguna, difícilmente pueden pretender garantizar la calidad del ejercicio de la profesión por sus miembros. En cuanto a los gremios más activos, habría que examinar más a fondo la forma en que llevan a cabo las inspecciones, los criterios y las normas que utilizan para juzgar la calidad de los actos profesionales y la forma en que los inspectores aplican dichos criterios y normas. Esta evaluación de la labor de inspección de los gremios incumbiría a la Oficina de las Profesiones, como órgano de vigilancia, pero al parecer la Oficina todavía no ha abordado este asunto.

En cuanto al ejercicio de la disciplina, se han establecido los mecanismos previstos por la ley en todos los gremios. Sin embargo, el carácter cuasi jurídico de los procedimientos es percibido por los usuarios de los servicios como un factor que inhibe su uso (Comisión de Investigación sobre los Servicios de Salud y los Servicios Sociales, 1988). La exigüidad de quejas presentadas por escrito se debe a la lentitud del trámite que se pone en marcha con la queja, y no a un alto grado de satisfacción de los

---

<sup>11</sup> Algunos ejemplos son las guías o los consejos sobre la evaluación de los actos médicos sobre la base de criterios objetivos, el consentimiento con respecto al tratamiento, el mantenimiento de expedientes en los establecimientos asistenciales, la investigación de las enfermedades de transmisión sexual, el aborto y la cesárea.

consumidores con respecto a los profesionales. La Comisión de Investigación sobre los Servicios de Salud y los Servicios Sociales (1988) recomendó una agilización de los trámites y una mayor claridad de los procedimientos. En ese sentido, cabe señalar que los procedimientos de las comisiones disciplinarias se dieron a conocer al público en 1986.

En cuanto al efecto de la reglamentación en la colaboración entre las distintas categorías de productores que ofrecen servicios complementarios, no ha sido lo que la legislatura esperaba. El objetivo del *Código de las profesiones*, al introducir un mecanismo oficial de delegación, era propiciar la adaptación continua de los campos de ejercicio profesional conexos. Sin embargo, cambió las reglas del juego, convirtiéndolo en un juego colectivo, más que individual. En efecto, tradicionalmente la delegación se hacía en el contexto de la relación personal entre dos productores: el médico, por ejemplo, delegaba responsabilidades a una enfermera que conocía y en quien confiaba. Esta forma de delegación, que no tenía una base jurídica, lo cual presentaba un problema en una sociedad donde los consumidores recurren con frecuencia creciente al sistema judicial para obtener compensación en caso de error profesional, desapareció con el *Código de las profesiones*, y fue reemplazada con una forma de delegación colectiva en la cual un gremio autoriza a los miembros de otro gremio a efectuar ciertos procedimientos. Este cambio puso en marcha un proceso de negociación entre los gremios delegantes y delegados. Como era de suponer, los primeros trataban de ceder lo menos posible, en tanto que los segundos buscaban obtener el máximo posible. El problema de la delegación era aún más complejo, puesto que la ley definía los campos de ejercicio profesional de manera general, sin incluir una nomenclatura de los actos comprendidos en cada uno.<sup>12</sup> Eso llevó a situaciones que habrían sido divertidas si no se hubiese tratado de servicios tan esenciales como los de salud. Por ejemplo, el primer proyecto de delegación de actos médicos (marzo de 1976) proponía una lista de actos que, según las enfermeras, principales delegatarias, ya formaban parte de su campo de acción profesional. En realidad, se trataba de actos límite, con respecto a los cuales resultaba ambiguo deter-

---

<sup>12</sup> Por ejemplo, la *Ley médica* define el ejercicio de la medicina como "todo acto que tiene por objeto diagnosticar o tratar toda deficiencia de la salud de un ser humano. El ejercicio de la medicina comprende, en particular, la consulta médica, la prescripción de medicamentos o tratamientos, la radioterapia, la atención durante el parto, la realización y el seguimiento de un diagnóstico, y el tratamiento de enfermedades o afecciones" (artículo 31). La *Ley del personal de enfermería* define el ejercicio de la enfermería como "todo acto que tiene por objeto identificar las necesidades de las personas en materia de salud, contribuir a los métodos de diagnóstico, prodigar y controlar los servicios de enfermería necesarios para promover la salud, la prevención de las enfermedades, el tratamiento y la rehabilitación, así como proporcionar los cuidados ordenados por el médico" (artículo 36).

minar a quién correspondían en realidad y de los cuales quienes los delegaban se habían apropiado en cierta forma, puesto que la lista definía los actos reservados a los médicos pero que el gremio aceptaba que las enfermeras realizaran en adelante. Irónicamente, el gremio de las enfermeras adoptó exactamente la misma estrategia con respecto a los auxiliares de enfermería, en quienes delegaba tareas. La Oficina de las Profesiones tuvo que intervenir en las negociaciones, que se habían convertido en batallas campales y que incluso llegaron ante los tribunales en el caso de la delegación de procedimientos de enfermería a los auxiliares de enfermería.

En cuanto a la delegación de tareas por los dentistas a los higienistas, las negociaciones fueron aún más difíciles, y no fue sino hasta 1991, 17 años después del comienzo de las mismas, que el gremio de los dentistas adoptó un reglamento, que de inmediato fue impugnado ante los tribunales por un sindicato de dentistas. Por lo tanto, la delegación de tareas todavía no ha entrado en vigencia. En resumen, el mecanismo previsto para propiciar la colaboración ha producido el efecto contrario, exacerbando las querellas en torno a los casos límite y dando a unos y a otros la ocasión de reafirmar su autoridad sobre lo que ellos estiman que es su campo legítimo de ejercicio de la profesión. Mientras que el gobierno buscaba introducir flexibilidad en la distribución de tareas, ha estimulado una juridicidad exagerada cuyo efecto ha sido fijar las fronteras profesionales y crear antagonismos entre grupos de profesionales que, en vista de las necesidades de sus clientes, deberían trabajar en estrecha colaboración.

Para remediar los efectos indeseados de la reforma de las profesiones, reafirmando la pertinencia de sus objetivos, la Comisión de Investigación sobre los Servicios de Salud y los Servicios Sociales (1988) propuso ciertas medidas, como puntualizar el concepto de "protección del público" a fin de explicitar mejor las responsabilidades de los gremios y adoptar el concepto de actos exclusivos o compartidos en forma limitada (reservados a ciertas ocupaciones), en reemplazo del campo de ejercicio profesional exclusivo, e incluir únicamente las ocupaciones cuyos miembros efectuaran dichos procedimientos. El efecto de esta medida sería anular el mecanismo de delegación. Según la Comisión, los grupos no incorporados que ofrecen servicios de salud deberían estar sujetos a un control mínimo por la Oficina de las Profesiones,<sup>13</sup> en la medida en que sus servicios tienen por objeto intervenir en relación con personas. La ley debería también ser más explícita en lo que atañe a la inspección profesional; por ejemplo, en cuanto a las modalidades, la frecuencia y los informes que deben prepararse. Por último, la Comisión se pronunció a favor de una mayor representación numérica del público, el cual, según la Comisión, debería estar

---

<sup>13</sup> Con un mecanismo de inscripción (fórmula equivalente al "registro").

representado únicamente por personas que no sean miembros de un gremio (actualmente la mitad de los representantes del público lo son) en la administración de los gremios y en la Oficina de las Profesiones.

El gobierno, tras estudiar estas recomendaciones, emitió una declaración política (Ministerio de Salud y Servicios Sociales, 1990) en la cual propone "revaluar en el curso de los próximos dos años (fines de 1992) la reglamentación profesional con la perspectiva de reemplazar los campos exclusivos de ejercicio profesional con actos exclusivos o compartidos en forma limitada o con títulos reservados" (pág. 43). Esta posición abre la puerta a medidas que entrañan cambios radicales, pero al mismo tiempo no es muy prometedora, puesto que se contenta con proponer una "revaluación", sin indicar si estará seguida de acciones concretas.

En resumen, la situación actual en materia de reglamentación profesional en Quebec sigue siendo, en el plano jurídico, aproximadamente la misma que se instituyó con el *Código de las profesiones* a partir de 1973. Se ha acumulado una jurisprudencia importante y se han realizado enmiendas (Oficina de las Profesiones, 1988), lo cual ha contribuido sobre todo a explicitar las prescripciones del *Código*. Sin embargo, son pocos los cambios importantes que se han producido en el plano de los conceptos fundamentales, los objetivos o la estructuración de los gremios profesionales. En el plano político se podría afirmar que, a pesar de que el gobierno está al tanto de las fallas y los efectos negativos de la reglamentación actual, no parece tener mucha prisa para cambiar radicalmente las reglas del juego, tal como se desprende de la declaración política de 1990, como sería el caso si hubiese puesto en tela de juicio el concepto del campo de ejercicio profesional exclusivo. En realidad, decisiones tales como la formación de tres gremios nuevos después de la adopción del *Código* y la propuesta de crear otros cuatro en 1992 indican más bien una tendencia a fortalecer los gremios en su forma actual. Los nuevos gremios simplemente aumentan el número de ocupaciones interesadas en conservar el sistema actual y alientan a los numerosos grupos que solicitan ser considerados como gremios a perseverar en su búsqueda de reconocimiento jurídico y social. Como el público parece mantenerse relativamente indiferente a la cuestión, excepto quizá por las solicitudes de reconocimiento de los facultativos que ofrecen nuevas opciones terapéuticas, y los profesionales mismos se van acomodando a un cuadro jurídico que han aprendido a dominar con el correr de los años, la reforma de la reglamentación no ocupa un lugar muy elevado en la jerarquía de prioridades gubernamentales. Debido a que esta reglamentación se aplica no solo al sector salud, sino también a muchos otros campos de actividad, su eventual modificación se vuelve aún más peligrosa en el plano político. Por el momento, entonces, parece que se debería mantener el statu quo.

## La reglamentación de las profesiones de la salud en Ontario

La división y la organización del trabajo sanitario evolucionaron en forma bastante parecida en Ontario y en Quebec hasta los años sesenta, es decir, hasta que el Estado asumió sistemáticamente la responsabilidad del financiamiento y la organización de los servicios de salud. A partir de ese momento comenzaron a surgir diferencias, que fueron profundizándose con el correr de los años, a pesar de la uniformidad relativa del cuadro general de la producción de servicios en el Canadá, como consecuencia del control del Gobierno federal mediante su participación en el financiamiento de los servicios. A principio de los años setenta comenzó a manifestarse en Ontario, al igual que en Quebec, la necesidad de codificar la reglamentación del ejercicio de las profesiones de la salud para hacerla compatible con los objetivos del sistema público de salud. No obstante, se tomaron caminos diferentes para responder a esa necesidad (Tuhoy, 1989). En primer lugar, se consideró preferible una reglamentación específica para el sector salud, en vez de una reglamentación de mayor alcance como la adoptada en Quebec. La *Ley de disciplinas de la salud*, de 1974, codifica las normas que se aplican al ejercicio de cinco profesiones.<sup>14</sup> Estas normas establecen procedimientos uniformes para la tramitación de quejas y para la disciplina, prevén la representación del público en las juntas directivas de los gremios (alrededor de un cuarto de los integrantes) y definen sus poderes reglamentarios, entre ellos el de reglamentar la delegación de actos profesionales, que nunca fue utilizado (Tuhoy, 1989). La supervisión de los gremios incumbe al Ministro de Salud, y no a un organismo especializado, como en Quebec.

El marco jurídico instituido en 1974 y enmendado en 1980 (*Ley de disciplinas de la salud*, R.S.O, 1980, c. 196) resultó insatisfactorio desde varios puntos de vista y llevó al gobierno de Ontario a crear, a fines de 1982, un grupo de trabajo encargado de actualizar y, más adelante, volver a redactar las leyes profesionales que se aplican a los profesionales de la salud. Los argumentos a favor de esta medida se resumieron de la siguiente manera: 1) el público pedía un sistema reglamentario más claro, más responsable y más atento a las necesidades de los consumidores, sobre todo en cuanto a la tramitación de quejas y a la disciplina; 2) varios grupos de productores cuyas actividades no estaban reglamentadas pedían que lo estuviesen; 3) otros grupos cuyas actividades estaban reglamentadas por

---

<sup>14</sup> Cirugía bucodental, medicina, optometría, farmacia y enfermería. Las demás ocupaciones en el campo de la salud están regidas por la Ley de facultativos que no administran fármacos, que es menos restrictiva.

otras leyes consideradas anticuadas pedían pasar a la jurisdicción de la *Ley de disciplinas de la salud*; 4) los administradores de los establecimientos asistenciales, y de los hospitales en particular, se quejaban de las restricciones que el sistema existente les imponía, sobre todo en el plano de la utilización flexible de los recursos humanos; 5) el gobierno mismo consideraba que el sistema reglamentario vigente no permitía efectuar intervenciones coordinadas en el sector salud (Health Professions Legislation Review, 1989).

De 1982 a 1989, lapso que indica el carácter político delicado de la operación, el grupo de trabajo examinó las experiencias de las demás provincias canadienses, de numerosos estados de los Estados Unidos y de 10 países europeos. Sobre todo, consultó a varios grupos del sector salud que representaban distintos intereses, desde los consumidores hasta asociaciones comunitarias, sindicatos de empleados y, por supuesto, organizaciones profesionales. En el curso de sus trabajos, el grupo defendió el punto de vista de que la legislación profesional tenía como objetivo proteger al público contra los productores incompetentes y promover una mayor eficiencia de los servicios de salud mediante la implantación de un sistema reglamentario que propiciara la flexibilidad en la organización del trabajo y la colaboración interprofesional. Ambos objetivos coinciden con los que persigue el gobierno de Quebec con su reglamentación de las profesiones de la salud. El grupo de trabajo ha agregado otros dos objetivos que podrían tener importantes repercusiones: brindar a los usuarios la posibilidad de elegir libremente a su proveedor de servicios entre la gama de "opciones libres de riesgo" y establecer mecanismos de promoción de la calidad de los servicios profesionales.

El grupo de trabajo recomendó numerosos cambios en la legislación en vigor, que se fueron llevando a la práctica gradualmente, incluso antes que concluyeran sus trabajos. A fin de asegurar mejor la protección del público, se propusieron diversas medidas con el propósito de dar a los gremios mayores poderes para imponer disciplina y combatir la incompetencia. Al mismo tiempo, la exigencia impuesta a los gremios en cuanto a la transparencia se intensificó: el número de representantes del público en las estructuras administrativas de los gremios aumenta, se autoriza la presencia del público en las reuniones de las juntas directivas y de los comités disciplinarios y de quejas, los reclamantes tendrán acceso a sus expedientes, las decisiones disciplinarias se darán a conocer al público y los gremios deberán informar anualmente al Ministerio de Salud.

En cuanto a la flexibilidad en la organización del trabajo, se formuló una recomendación que puede considerarse radical: reemplazar los monopolios de los campos de ejercicio profesional con una lista de actos que estarán reservados a los miembros de un gremio determinado, pero que no les corresponderán necesariamente con exclusividad. Todas las profesiones reconocidas (en 1986 fueron reconocidos 24 solicitantes de

75<sup>15</sup>) están sujetas al mismo régimen jurídico, se autoadministran de la misma forma (con la excepción de que algunas han sido invitadas a fusionarse en vista de la similitud o complementariedad de sus actividades) y tienen sus leyes constitutivas que definen en términos generales su campo de ejercicio profesional, sin que este sea un campo de ejercicio reservado. Lo que las diferencia es que los miembros de ciertas profesiones tienen el privilegio de efectuar procedimientos que la ley reserva a las personas autorizadas únicamente. Los médicos tienen derecho a ejecutar la totalidad de los 13 grupos de actos reservados,<sup>16</sup> mientras que los demás profesionales solo pueden ejecutar una parte de los mismos o, en ciertos casos, no pueden efectuarlos (por ejemplo, los técnicos dentales, dietistas, masajistas, técnicos de laboratorio). El argumento a favor de esta medida es que esos no son todos los actos realizados por los profesionales de la salud que presentan riesgos para los pacientes y que no hay ninguna razón para mantener monopolios del ejercicio profesional que incluyan dichos actos. Esa clase de monopolio, que existía hasta ahora y que todavía existe en Quebec, "se opone a la flexibilidad e inhibe la innovación en el suministro de servicios de salud".

Esta medida, que posibilita la realización de toda actividad que no esté comprendida en la lista de actos reservados, ofrece al consumidor una gama más amplia de opciones en cuanto a los proveedores de servicios. Esta gama de opciones se amplió con el reconocimiento de siete ocupaciones nuevas, entre ellas la de las parteras.<sup>17</sup> En el caso de las parteras, se trata

<sup>15</sup> Estas profesiones son las siguientes: audiólogos y ortofonistas, quiroprácticos, dentistas, especialistas en prótesis dentales, dietistas, ergoterapeutas, higienistas dentales, inhaloterapeutas, masajistas, mecánicos dentistas, médicos, ópticos, optometristas, personal de enfermería (enfermeras diplomadas y auxiliares), farmacéuticos, fisioterapeutas, podiatras, psicólogos, parteras, técnicos de laboratorios médicos, técnicos de radiología y técnicos dentales.

<sup>16</sup> Dichos actos son: diagnóstico; operaciones de los tejidos subcutáneos, más allá de la superficie de las membranas mucosas y la córnea del ojo; reducción e inmovilización de una fractura ósea o de una luxación de una articulación; manipulación de las articulaciones de la columna más allá de los movimientos normales, dando golpes rápidos y de poca intensidad; administración de sustancias activas por inyección o por inhalación; utilización de instrumentos invasivos, incluidas las manos y los dedos, más allá del canal auditivo externo, los orificios nasales, la laringe, el meato urinario, los labios mayores, el ano y un estoma artificial; prescripción de radiaciones no ionizantes y de otras formas de energía que podrían ser peligrosas; prescripción, suministro, venta y preparación de medicamentos o supervisión de la parte de una farmacia donde se venden medicamentos; prescripción y suministro de productos ópticos; prescripción de aparatos auditivos; instalación y suministro de prótesis dentales fijas o móviles o de productos dentales; supervisión del trabajo de parto y del parto; realización de pruebas de alergias que provoquen reacciones importantes. La ley constitutiva de cada profesión establece explícitamente qué actos reservados pueden ser realizados por los miembros y en qué forma.

<sup>17</sup> Estas ocupaciones son: audiólogos, ortofonistas, dietistas, ergoterapeutas, inhaloterapeutas, parteras y técnicos de laboratorios médicos. Estas ocupaciones no estaban reglamentadas, sino que sus miembros las ejercían libremente.

de un paso importante, puesto que hasta ese momento el trabajo de la partera estaba prohibido en virtud de la *Ley médica*, que reservaba la práctica de la obstetricia a los médicos únicamente. El grupo de trabajo recomendó, asimismo, la creación de un consejo asesor que examinara las solicitudes de incorporación de las ocupaciones no reglamentadas y que asesorara al Ministro de Salud sobre cualquier asunto relacionado con la aplicación de la reglamentación profesional. Eso indica que el sistema reglamentario no es cerrado, sino que, por el contrario, es susceptible de una adaptación permanente.

Por último, el grupo de trabajo propuso asignar a los gremios responsabilidades explícitas en cuanto a la educación permanente de sus miembros, que se suman a sus responsabilidades de control de la competencia y de vigilancia del respeto del código de deontología de la profesión. En ese sentido, el grupo ofreció, con la creación de un comité de educación permanente, la opción de establecer mecanismos de inspección profesional, pero ello no constituye una obligación para las profesiones, como ocurre con la legislación de Quebec. El enfoque adoptado consiste en definir la meta, que es mantener la competencia de los profesionales, dejando a cada gremio la selección de las vías y los medios para alcanzarla.

## **REPERCUSIONES EN LA FORMULACION DE POLITICAS Y EN LA INVESTIGACION**

Se han presentado las dos experiencias canadienses de reglamentación de la actividad de los productores de servicios de salud con el fin de ilustrar a la vez la necesidad y la dificultad de este tipo de intervención. En cuanto a la necesidad, no parece haber ninguna duda de que sería arriesgado permitir que cualquiera ofreciera sus servicios en el mercado de la asistencia sanitaria. Esta solución, basada en el principio de *caveat emptor* ("a riesgo del comprador"), según el cual incumbe a los usuarios determinar qué servicios van a consumir, sería la más liberal. La necesidad de reglamentar surge también de la intervención del Estado en calidad de tercero que efectúa los pagos, ya sea como comprador o como productor de servicios. Por una parte, es necesario distinguir entre los distintos productores que ofrecen sus servicios para decidir cuáles serán adquiridos por los servicios públicos. En efecto, el Estado no dispone de suficientes recursos para comprar todos los servicios demandados, pero al mismo tiempo tiene la responsabilidad de garantizar que los servicios que proporciona no pongan en peligro la salud y la seguridad de las personas. Al mismo tiempo que el Estado define el universo de servicios de los cuales se encargará, determina cuáles se ofrecerán en el mercado privado y cuáles serán decididamente proscritos.

Por otra parte, en una sociedad como la canadiense, donde los votantes exigen que sus representantes rindan cuentas, el gobierno tiene la responsabilidad de utilizar en forma eficiente los recursos que destina a la salud y al bienestar, aunque sea para sacar provecho político de esos recursos ofreciendo servicios que respondan a la demanda en forma satisfactoria. Eso significa que se debe prestar especial atención a la división de tareas y a la organización de las relaciones entre las distintas categorías de productores, a fin de promover una utilización más eficiente de los recursos humanos disponibles. Dejar que los productores mismos decidan qué servicios ofrecer, en qué cantidad, a qué precio y a quiénes es incompatible con un régimen de asistencia pública cuyo objetivo es que todos tengan acceso a los servicios según sus necesidades.

En cuanto a la dificultad de la reglamentación, se desprende de las principales preguntas que plantea: ¿Qué se debe reglamentar: campos enteros de actividad, campos de ejercicio profesional, como la "medicina", o actos específicos, como "realizar intervenciones invasivas, recetar medicamentos activos, proporcionar asistencia durante el parto", etc.? ¿Cómo se debe reglamentar: estableciendo mecanismos externos y rígidos de control de la actividad de los productores o dejando que ellos se autocontrolen, a su criterio o dentro de un marco preestablecido y exigiéndoles una rendición de cuentas? ¿Cómo conciliar la búsqueda de flexibilidad en la organización del trabajo con la necesidad de reglamentar dicha organización? ¿Cómo conciliar la búsqueda de la calidad de los servicios, que es una responsabilidad pública, con la autogestión de las profesiones relacionadas con la salud, con la autonomía del profesional, sin la cual las organizaciones asistenciales difícilmente pueden funcionar?<sup>18</sup>

Incluso ante la falta de estudios científicos sobre los efectos de las medidas adoptadas en Quebec y en Ontario para reglamentar las profesiones de la salud, los datos disponibles ofrecen algunos elementos de reflexión para formular políticas en la materia y señalar los tipos de investigaciones que serían pertinentes para comprender mejor la relación entre la reglamentación profesional y la producción y utilización de servicios de salud.

### **Repercusiones en la formulación de políticas**

La experiencia canadiense indica, en primer lugar, que no existen argumentos serios para poner en tela de juicio la pertinencia, de la reglamentación de las profesiones de la salud, incluso a pesar de que se

---

<sup>18</sup> Sobre esta cuestión de las "organizaciones profesionales", véase Mintzberg, 1989.

podría afirmar que dicha reglamentación puede servir también a los intereses de los miembros de las profesiones reglamentadas (Fulton, 1988; Dussault, 1988). El debate gira en torno a las modalidades, más que a las finalidades, que se expresan en términos de protección del público y de promoción de la calidad de los servicios, concepto en el cual nosotros incluimos el de eficiencia.

La cuestión del objeto de la reglamentación, ya sea el campo de ejercicio profesional, actos considerados individualmente o categorías de actos, es fundamental. La experiencia de Quebec, que eligió la primera opción combinada con un mecanismo de delegación de tareas para atenuar los efectos negativos de la creación de cuasi monopolios, muestra que la reglamentación de campos de ejercicio profesional es inadecuada para un contexto de trabajo caracterizado por la rápida evolución de los conocimientos y la tecnología, el trabajo en equipo y la integración de las intervenciones de diversas categorías de profesionales. La experiencia de Ontario con la reglamentación de los actos profesionales presenta la ventaja de que ha quitado la responsabilidad de distribuir las tareas de manos de los gremios, que de hecho tienen un conflicto de intereses, para confiarla a un organismo público que, *a priori*, no ha tomado partido en favor de un grupo de productores u otro. Sin embargo, la experiencia es demasiado nueva como para concluir que sea una alternativa viable. Muestra que la transición de la forma tradicional de reglamentación que todavía prevalece en Quebec es posible, pero exige un proceso de análisis y diálogo con los profesionales que podría ser difícil, y sobre todo que no se puede iniciar y continuar dicha transición sin un claro compromiso político del gobierno. En Quebec nunca se expresó claramente la voluntad política de utilizar la reglamentación profesional como instrumento para administrar la producción de los servicios de salud. Una posible explicación está relacionada con la dificultad política de modificar un sistema reglamentario que afecta a más de 40 ocupaciones en todos los campos de la vida de la sociedad. El gobierno que desee modificar las reglas del juego del mercado de la atención de salud deberá hacer frente a coaliciones que sobrepasarán los límites del sector salud e incluirán a otras ocupaciones que teman un efecto de contaminación. En un régimen parlamentario como el del Canadá, los partidos y los gobiernos tienden a ser muy sensibles a los riesgos políticos y electorales que una intervención de este tipo traería aparejados.

La estrategia de Ontario de fomentar la máxima participación posible de todos los interesados en la formulación de la reglamentación profesional emana no solo de la voluntad de aumentar la viabilidad política de una reforma radical, sino también de la percepción de que, para que toda reglamentación resulte eficaz, es necesario que aquellos que constituyen el objeto de la reglamentación la consideren equitativa, justificada y coherente con los objetivos del sistema de servicios de salud (Health Pro-

fessions Legislation Review, 1989). En otras palabras, nada impide que un gobierno imponga una reglamentación en contra de la voluntad de los profesionales, pero sería una ilusión pensar que producirá los efectos esperados por vía de la coerción solamente, en un campo en el cual, en la práctica, es imposible normalizar en detalle las decisiones y la conducta individuales de los productores.

La opción de limitar la ejecución de ciertos actos a determinadas categorías de productores implica que, con la excepción de dichos actos, la producción de atención y servicios es virtualmente libre. Eso plantea el problema de la protección del público contra los productores no reglamentados. El gobierno de Ontario ha optado por una solución que consiste en declarar ilegal todo tratamiento, oferta de tratamiento o consejo sobre la salud que pueda presentar un riesgo que consista en el empeoramiento de una enfermedad, un trastorno, una disfunción, una lesión o un dolor, o que pueda llevar a la muerte o precipitarla. La falla de este enfoque es que da lugar a que los productores incompetentes sean sancionados *a posteriori* únicamente. Una posible política con un carácter preventivo más firme sería establecer el registro obligatorio de todos los profesionales que no sean miembros de un gremio, tal como propuso la Comisión de Investigación sobre los Servicios de Salud y los Servicios Sociales de Quebec (1988). Dicho registro permitiría especificar la competencia de dichos profesionales y los servicios que ofrecen. Al inscribirse, un profesional de la medicina se comprometería a respetar un código de ética general, una de cuyas normas principales sería no ejercer fuera de los límites de su competencia y no hacer nada que entrañe un riesgo para la salud, la seguridad o el bienestar de su paciente. Un organismo de supervisión velaría por el respeto del código.

En el sector salud, la formulación de un reglamento profesional es, por consiguiente, una tarea delicada, puesto que afecta a un gran número de productores (algunos de los cuales gozan de gran prestigio en la sociedad), podría tener efectos importantes en el bienestar de la población y no se conocen bien los resultados de las distintas opciones en materia de reglamentación. De ello se desprende la necesidad de una labor de investigación en este campo.

### **Repercusiones en la investigación**

Todavía queda mucho por aprender sobre la influencia de la reglamentación profesional en la índole, la cantidad, la calidad y el costo de los servicios de salud. En la elaboración de las políticas públicas en materia de organización de los servicios de salud, sería conveniente preguntarse, de antemano, sobre los efectos que podrían tener las normas que

se impongan a los productores en cuanto al ejercicio de la profesión, y a partir de allí elaborar un cuadro reglamentario que asegure la calidad de los servicios sin que ello comprometa su accesibilidad ni represente gastos inaceptables.

Para eso es necesario comprender mejor el papel de la variable "reglamentación profesional" en el proceso de producción de servicios de salud. Los siguientes tipos de investigaciones permitirían aumentar el grado de conocimiento y aclarar el proceso de decisión política en materia de gestión de la producción de servicios de salud: 1) análisis del contenido de las normas existentes y evaluación de su coherencia y, sobre todo, de su compatibilidad con los objetivos de la política sanitaria, especialmente en lo que concierne a la accesibilidad de los servicios y su eficiencia; 2) análisis de la formulación, implantación y aplicación de la reglamentación profesional, a fin de señalar las diferencias entre lo que se prescribe y lo que se hace en la práctica y tratar de explicarlas; este tipo de análisis ofrece la oportunidad de reflexionar sobre las cuestiones de la viabilidad política y de la aceptabilidad social de los cambios del marco reglamentario de la producción de servicios de salud; 3) determinación del alcance de los resultados estudiados, desde el punto de vista de un aumento de la eficacia de los servicios y de una mayor protección del público, por ejemplo; 4) determinación del efecto de la reglamentación profesional, que comprende la indicación tanto de sus efectos más difundidos como en la satisfacción de los profesionales, en el clima de trabajo en los centros asistenciales y en las relaciones entre los gremios profesionales.

Por lo tanto, la reglamentación de la actividad profesional de expertos que producen servicios de salud, que se caracterizan por su gran variedad y rápida evolución, parece ser una tarea necesaria, pero peligrosa. Exige de los funcionarios públicos encargados de la adopción de decisiones una buena comprensión de lo que está en juego y de los posibles efectos de las diversas opciones que están a su alcance, así como la capacidad para lograr que las normas del juego sean aceptadas por aquellos que deban someterse a ellas, a pesar de que puedan restringir considerablemente su libertad para decidir qué servicios producir y cómo hacerlo. Los encargados de la adopción de decisiones tendrán delante una tarea compleja y difícil, pero cuentan con un elemento muy valioso: la legitimidad de su deber de proteger a los usuarios de los servicios de salud, que abarcan al conjunto de la población.

## REFERENCIAS

Bardy, J.D. 1988. *Analyse socio-politique de la situation des sages-femmes au Québec*. Tesis presentada en la Facultad de Estudios Su-

periores para la licenciatura en administración de la salud, Universidad de Montreal, 206 págs.

- Bernier, J. 1989. *La médecine au Québec: naissance et évolution d'une profession*. Québec, Presses de l'Université Laval, 207 págs.
- Comisión de Investigación sobre la Salud y el Bienestar Social. 1969, 1970. *Rapport*. Québec, Ministerio de Salud, 7 vols.
- Comisión de Investigación sobre los Servicios de Salud y los Servicios Sociales. 1988. *Rapport*. Québec, Ministerio de Salud y Servicios Sociales, 803 págs.
- Donabedian, A. 1979. *Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care*, 4ª ed. Cambridge, Harvard University Press.
- Dussault, R. y Borgeat, L. 1974. La réforme des professions au Québec. *Revue du Barreau* T.34, 3:1-44.
- Dussault, G. 1978. L'évolution du professionnalisme au Québec. *Relations industrielles/Industrial Relations*, Vol. 33: 3, pp. 428-466.
- Dussault, G. 1984. Dental Services in Québec: Issues and Changes. *Social Science and Medicine*, Vol. 18: 3, pp. 251-255.
- Dussault, G. et al. 1988. *La réglementation professionnelle et le fonctionnement du système socio-sanitaire*. Montreal, Grupo de Investigaciones Interdisciplinarias en Salud, Comisión de Investigación sobre los Servicios de Salud y los Servicios Sociales, 322 págs. Anexo 18 al *Rapport*.
- Friedman, M. 1962. Occupational licensure. En *Capitalism and Freedom*. Chicago, Chicago University Press, pp. 137-160.
- Fulton, J. 1988. *The Regulation of Emerging Health Occupations*. Ottawa, Canadian Hospital Association, 88 págs.
- Gross, S.J. 1984. *Of Foxes and Hen Houses: Licensing and the Health Professions*, Londres, Quorum Books, 204 págs.
- Hamowy, R. 1984. *Canadian Medicine: A Study in Restrictive Entry*. Vancouver, The Fraser Institute, 394 págs.
- Health Professions Legislation Review. 1989. *Striking a New Balance: a Blueprint for the Regulation of Ontario's Health Professions*. Toronto, 349 págs.
- Ministerio de Salud y Servicios Sociales. 1990. *Une réforme axée sur le citoyen*. Québec, 91 págs.
- Mintzberg, H. 1989. *Inside our Strange World of Organizations*. Nueva York, The Free Press, 418 págs.
- Nieuwenhuysen, J. y Williams-Wynn, M. 1982. *Professions and the Market Place*. Melbourne, Melbourne University Press, 92 págs.
- Parkin, F. 1979. *Marxism and Class Theory, a Bourgeois Critique*. Londres, Tavistock Publications, 217 págs.
- Reinhardt, U.E. 1987. Resource allocation in healthcare: the allocation of lifestyles to providers. *The Milbank Quarterly* 65(2):153-176.
- Roemer, M.I. 1989. National health systems as market interventions. *Public Health Policy* 10(1):62-77.
- Stepan, J. 1985. Médecine traditionnelle et médecines parallèles: étude de législation comparée. Organización Mundial de la Salud. *Recueil international de législation sanitaire* 36, 2:302-365.
- Tuhoy, C. 1989. The regulation of health professions in Ontario. En Desrosiers, G., *Le système de santé de l'Ontario*. Montreal, Departamento de Administración de la Salud, Universidad de Montreal, pp. 357-378.
- Voyer, B. 1990. *Coexistence structurée de systèmes médicaux; le cas de la médecine et de l'acupuncture au Québec*. Tesis presentada en la Facultad de Estudios Superiores para la licenciatura en ciencias políticas. Universidad de Montreal, 164 págs.
- Willis, E. 1983. *Medical Dominance*. Sydney, Allen and Unwin, 225 págs.

# **P**LANIFICACION DEL PERSONAL MEDICO: LA EXPERIENCIA DE QUEBEC

*André-Pierre Contandriopoulos<sup>1</sup> y Marc-André Fournier<sup>2</sup>*

---

## **INTRODUCCION**

Una política de planificación del personal médico tiene como fin permitir un ajuste del personal en el tiempo y en el espacio según las necesidades de la población, teniendo en cuenta los recursos que la sociedad pueda asignar al sector salud. Una política de ese tipo busca conciliar, por una parte, el mantenimiento o la mejora del acceso a los servicios de salud, y por la otra, el control del aumento de los gastos en salud, tratando de aumentar la eficacia del sistema.

Con el correr de los años, Quebec ha desarrollado una política para alcanzar esos objetivos; tomando medidas que a veces han ido en contra de los intereses de la profesión médica o que, por el contrario, han generado un consenso.

Estas intervenciones repetidas y cada vez más restrictivas del Estado han encontrado resistencia en los profesionales médicos, puesto que afectan directamente a su autonomía profesional y a su calidad de empresarios independientes. Sin embargo, los profesionales se han ido resignando gradualmente, en distinta medida según las circunstancias y los organismos, a que el Estado oriente cada vez más la organización del sistema de salud. Han llegado a la conclusión de que es mejor adaptarse y negociar que adoptar una estrategia de enfrentamiento (excepto en 1991, en que se opusieron de plano al proyecto de ley de reforma del sistema de salud). El gobierno ha mantenido canales oficiales de comunicación con la profesión

---

<sup>1</sup> Profesor titular, Departamento de Administración de la Salud; Investigador, Grupo de Investigaciones Interdisciplinarias en Salud (GRIS), Universidad de Montreal, Canadá.

<sup>2</sup> Investigador auxiliar, Grupo de Investigaciones Interdisciplinarias en Salud (GRIS), Universidad de Montreal, Canadá.

médica, lo cual ha facilitado esta actitud, y con ello el gobierno logró que se aceptaran las medidas que más duramente han afectado a la profesión.

## SITUACION ACTUAL

### Número total de médicos

La aplicación de las recomendaciones de la Comisión Hall a principios de la década de 1960 en el sentido de aumentar el número de médicos en el Canadá a fin de responder a las necesidades futuras de los canadienses en materia de servicios médicos se tradujo en Quebec, por una parte, en la creación de una Facultad de Medicina en 1968 (en la Universidad de Sherbrooke) y en un aumento del número de alumnos en las otras tres facultades, y por la otra, en un gran aumento del número de médicos inmigrantes durante los años sesenta y setenta.

Desde mediados de la década de 1970, el rápido aumento de los gastos en salud ha planteado la necesidad de frenar el aumento del número de médicos. Como primera medida, se restringió la inmigración de médicos extranjeros. En vista de que ello no fue suficiente, a principios de los ochenta se adoptó una política de reducción del número de médicos formados en las facultades de medicina de la provincia. El efecto de esta política está comenzando a notarse ahora.

Estas medidas eran imprescindibles porque Quebec era la provincia con el mayor crecimiento del personal médico. De 1972 a 1988, el número de médicos de Quebec (sin contar los internos y los residentes) prácticamente se duplicó, pasando de 7489 a 13 559.<sup>3</sup> Este aumento del personal representa un incremento medio anual del 3,8%, que es seis veces mayor que el crecimiento demográfico. El número de habitantes por médico pasó de 813 en 1972 a 489 en 1988.

En 1972, el número de habitantes por médico en Quebec era un 5,1% superior al del Canadá en conjunto (813 en comparación con 767), mientras que en 1988 era un 6,7% inferior (489 en comparación con 525).<sup>4</sup> En 1972, Quebec ocupaba el quinto lugar entre las provincias con mayor densidad de médicos. En 1988 pasó a ocupar el primer lugar, que compartía

---

<sup>3</sup> Todos los datos sobre el personal médico cuya fuente no se menciona provienen de: Contandriopoulos, A.P. y Fournier, M.A. Les effectifs médicaux au Québec: situation de 1972 à 1988 et projection pour 1993. Asociación Profesional de Médicos de Quebec, 1990, y de M.A. Fournier y A.P. Contandriopoulos. Projections de l'offre de services médicaux au Québec en 2003 et 2008. GISS, Universidad de Montreal, 1990.

<sup>4</sup> Health and Welfare Canada. *Health Personnel in Canada*, 1988.

con Columbia Británica (489 habitantes por médico), seguido de Ontario (509).<sup>5</sup>

Sin embargo, contrariamente a lo que ocurre en el Canadá en conjunto, el aumento del número de médicos viene perdiendo impulso desde comienzos de la década de 1970. La tasa media anual de aumento del número de médicos en Quebec fue de 3,1% entre 1984 y 1988, en comparación con 5,9% durante el período de 1972 a 1976 y de 3,5% de 1976 a 1980. Las proyecciones para los años venideros permiten suponer que esta tendencia a una desaceleración del ritmo de aumento continuará. Según estas proyecciones, si se mantiene la política actual, el ritmo de crecimiento del personal médico será de 1,3% anual entre 1998 y 2003 y de 0,4% de 2013 a 2018. Esta tasa de crecimiento será todavía mayor que la tasa de crecimiento demográfico, que será entonces prácticamente nula, aunque será muy inferior a la actual y a la de hace 15 años. Por lo tanto, si bien Quebec es actualmente una de las provincias con mayor densidad de personal médico, el aumento del personal médico está relativamente bajo control, en comparación con otros países y con la mayoría de las demás provincias canadienses.

### **El costo de los servicios médicos**

Los esfuerzos del gobierno para contener el aumento de los costos se han dirigido también al control de los ingresos de los médicos. Con ese propósito, se autorizaron aumentos tarifarios inferiores a los de otras provincias y se impuso un tope para los ingresos de los médicos, de tipo individual para los médicos clínicos y colectivo para los especialistas. Mientras que a comienzos de los años setenta Quebec figuraba entre las provincias canadienses donde los médicos tenían los ingresos más altos de Canadá, en 1987 ocupaba el último lugar.

Por consiguiente, y al contrario de lo que ocurre en las demás provincias, el costo de los servicios médicos en Quebec ha aumentado más lentamente que los gastos en salud en conjunto. La parte de los gastos en salud en conjunto correspondiente a la remuneración de los médicos pasó de 15,4% a 13,6% entre 1975 y 1987 en Quebec, mientras que en el resto del Canadá pasó de 15,7% a 16%.<sup>5</sup>

Otro método que ha utilizado el gobierno desde fines de los años setenta para reducir el costo consiste en aumentar la proporción de médicos clínicos y disminuir la de especialistas, a fin de que en el año 2000 el 60% de los médicos sean clínicos, en comparación con el 45% en 1977. Actual-

<sup>5</sup> Health and Welfare Canada. *National Health Expenditures in Canada, 1975–1987*.

mente, dicha proporción es de 50%, y las tensiones creadas por este cambio han llevado a flexibilizar esta política, incrementando el número de puestos de especialistas residentes y reduciendo proporcionalmente el número de residentes clínicos.

### **Cambios demográficos de la profesión médica**

La gran desaceleración del aumento del número de médicos ha conducido a un envejecimiento importante de la profesión. En 1976, el 14% de los especialistas tenían más de 60 años, en comparación con el 22% en 1988 (se prevé que serán más de 30% en el año 2003). Quebec es también la provincia donde el aumento del porcentaje de médicas es el más elevado (21% en 1988, previéndose 32% para el año 2003).

### **Disponibilidad de los servicios**

Como las médicas dedican menos tiempo a sus actividades profesionales que los hombres (7% menos de horas en 1988)<sup>6</sup> y los médicos de mayor edad trabajan menos que los jóvenes, estos dos fenómenos, combinados con otros factores tales como la búsqueda de un mejor nivel de vida o la saturación del mercado para ciertos tipos de actividad, han conducido a una fuerte disminución del promedio de horas de trabajo de los médicos. De 1981 a 1986, el promedio de horas trabajadas por médico al año disminuyó en un 6%. En cambio, la cantidad de servicios facturados por médicos a la Administración del Seguro Médico de Quebec (RAMQ) (procedimientos o número de horas a tarifas constantes de 1986) aumentó en 7% durante el mismo período.

### **Distribución geográfica**

A pesar de las mejoras de los últimos años, todavía existen grandes disparidades entre las distintas regiones en cuanto a la distribución de los médicos y a la utilización de los servicios por la población. Si se compara el número de habitantes por médico, la distribución de médicos clínicos es ahora bastante equitativa entre las distintas regiones. En cambio, la distri-

---

<sup>6</sup> Según las declaraciones de los médicos en el cuestionario anual de la Corporación Profesional de Médicos sobre el número de horas trabajadas por semana y el número de semanas trabajadas al año, las mujeres, en conjunto, trabajaron 1892 horas al año en 1988, y los hombres, 2215, es decir que hay una diferencia de 15%. Sin embargo, si estos datos se normalizan según la edad, la diferencia asciende a 21%.

bución de especialistas ha cambiado poco. Todavía se concentran en los grandes centros urbanos, y actualmente escasean los médicos con especialidades primarias no solo en las regiones consideradas alejadas, sino incluso a menos de 50 km de Montreal.

### **Los problemas y conflictos actuales**

Al examinar la evolución del número de médicos y sus características, cabe preguntarse si esta evolución corresponde a las necesidades de la población. Aunque quizá sea fácil observar la escasez o el superávit en ciertos sectores, actualmente no disponemos de los instrumentos conceptuales y técnicos para realizar un análisis de ese tipo con respecto a las necesidades en materia de salud en conjunto. Sin embargo, sabemos que: 1) el aumento del número de médicos ha sido mucho más rápido que el crecimiento demográfico; 2) el médico es el recurso humano más costoso del sistema de salud; 3) no se sabe cuál es el grado de eficacia de muchas de sus intervenciones y 4) el médico ocupa un papel predominante en el sistema, dejando poco lugar para intervenciones menos costosas de otros profesionales. En vista de estas observaciones, es razonable concluir que se necesita limitar el aumento del número de médicos y reformular su función en el sistema de salud, actuando con prudencia a fin de evitar perturbaciones a corto y a mediano plazo.

Hasta ahora, las políticas adoptadas en Quebec han tenido como fin sobre todo controlar el aumento del costo de los servicios médicos y mejorar la distribución geográfica de los médicos. Si bien los resultados en cuanto al primer objetivo son bastante satisfactorios, en cuanto al segundo se observa la subsistencia de disparidades importantes entre las distintas regiones. En cambio, estas políticas han provocado —o no han logrado solucionar— el problema de la escasez de profesionales de ciertas especialidades o de ciertos tipos de práctica (de salas de urgencia, de hospitales psiquiátricos, de varios campos de especialización básicos, etc.). En conclusión, el envejecimiento y la feminización de la profesión, así como la disminución del promedio de horas de trabajo de los médicos, acentuarán esta escasez durante los próximos años.

## **LA POLITICA DE PLANIFICACION DEL PERSONAL DE SALUD EN QUEBEC**

### **Relevancia de una política de planificación del personal médico**

En general, el propósito de una política de planificación del personal médico es lograr una adecuación óptima en el tiempo y en el

espacio del personal médico a las necesidades de la población en lo que atañe a servicios de salud, teniendo en cuenta los recursos que la sociedad puede asignar al sector salud. Tiene como fin, en particular, controlar el aumento del número de médicos y garantizar que la distribución de los médicos en el territorio, entre las distintas especialidades y según el lugar donde ejerzan la profesión (hospital, consultorio privado, CLSC,<sup>7</sup> etc.), obedezca al principio del acceso equitativo de toda la población al conjunto de los servicios de salud. Esta política busca también mejorar la eficacia del sistema de salud.

Debido al papel central que los médicos desempeñan en el sistema de salud, es imposible para el gobierno administrar eficazmente dicho sistema si no se asegura de que el número de médicos y su distribución geográfica, por especialización y por lugar de trabajo, evolucione en función de las necesidades de la población y de los adelantos tecnológicos. La Comisión Castonguay-Nepveu llegó a esa conclusión en Quebec a fines de los años sesenta, de tal forma que el legislador introdujo en el régimen del seguro médico, instituido a principios de los setenta, los principales elementos jurídicos necesarios para controlar el personal médico. Entre esos elementos cabe destacar los siguientes:

- el pago de la totalidad de los honorarios por un tercero;
- la prohibición de sobrefacturar;
- el establecimiento de un mecanismo para negociar la remuneración entre los sindicatos de médicos y el gobierno;
- la posibilidad de pagar un sueldo a los médicos;
- la posibilidad de que el gobierno establezca por decreto medios que impulsen a los médicos a ejercer la profesión en regiones alejadas, y no en los grandes centros urbanos;
- la determinación por decreto gubernamental del número de estudiantes de medicina que ingresan en las facultades, tras la recomendación de la Mesa de Concertación.

### **Validez conceptual de la política de planificación**

El modelo teórico en que se basa la selección de métodos de planificación considera al médico como un productor de servicios independiente que, debido a su condición profesional, tiene un margen de maniobra importante tanto en la elección de su carrera (especialización, región en que ejerce, tipo de práctica) como en la selección de la práctica

---

<sup>7</sup> Centro local de servicios comunitarios (CLSC): red pública de servicios de salud y sociales de primera línea.

(horas de trabajo, empleo de personal, prescripción de tratamientos, etc.). Teóricamente, se podría orientar la actividad de los médicos con incentivos económicos. Este razonamiento es la base de todas las medidas con las cuales se trata de impulsar a los médicos a trabajar en una región en vez de otra y a no exceder de un cierto volumen de actividad mediante incentivos tarifarios o financieros (becas, primas de instalación, etc.).

Si bien las bases conceptuales de esos incentivos en general se consideran válidas, es probable también que no sean suficientes para sustentar toda una política de planificación. En efecto, el comportamiento de los médicos-productores de servicios no se reduce a un comportamiento económico encaminado a obtener los mayores ingresos que sea posible, sino que en su selección intervienen otros factores, como la ética profesional, el prestigio relacionado con ciertos tipos de práctica y el medio sociocultural en el cual deseen vivir. Si eso es cierto, es igualmente probable que los incentivos de tipo económico no basten para llevar a los médicos a modificar substancialmente su comportamiento. Habría que adoptar medidas coercitivas, como se está haciendo cada vez más en Quebec, en particular para limitar el número de médicos habilitados para ejercer la profesión. Cabría esperar que, en los años venideros, estos métodos resulten más eficaces que los incentivos y permitan controlar verdaderamente el personal médico.

## **DISTINTAS MODALIDADES DE APLICACION Y SUS RESULTADOS**

El mecanismo jurídico y reglamentario que se ha venido aplicando gradualmente en Quebec desde comienzos de los años setenta para planificar el personal médico es importante por su amplitud y por la diversidad de medidas que emplea. El gobierno ha utilizado mecanismos legislativos para definir el marco general de la organización del sistema de salud (condiciones para participar en el régimen de seguro médico, función de las distintas categorías de profesionales de salud, etc.) y para intervenir más específicamente a fin de influir en el comportamiento de los médicos. En consecuencia, Quebec dispone de mecanismos que no se encuentran en las demás provincias:

- financiamiento directo de las facultades de medicina;
- negociaciones permanentes con los médicos sobre la remuneración;
- Mesa de Concertación permanente para planificar el personal médico.

El Cuadro 1 presenta los objetivos de la política de planificación del personal médico de Quebec y las principales medidas utilizadas para alcanzar esos objetivos.

**CUADRO 1. La política de planificación del personal médico de Quebec: modalidades y objetivos.**

	Controlar el número de médicos	Mejorar la distribución geográfica	Mejorar la distribución generales/esp. y entre especialidades	Mejorar la distribución entre la práctica privada e institucional	Controlar los costos	Mejorar la eficacia del sistema de salud
Control del número de alumnos que ingresan en las facultades de medicina	X				(X)	
Control de la inmigración de médicos extranjeros	X				(X)	
Disminución del número de puestos de internos y residentes			X		(X)	
Creación de puestos de residentes reservados para ciertas especialidades que se comprometan a trabajar fuera de los grandes centros urbanos		X	(X)			(X)
Formulación de planes regionales de personal médico		X	(X)	(X)		(X)
Negociación de las modalidades de pago y de los objetivos tarifarios					X	(X)
Incentivos tarifarios para la práctica en regiones alejadas		X				(X)
Incentivos tarifarios para la práctica en los hospitales				X		(X)
Programa de becas vinculadas a la práctica en ciertas regiones		X				
Programa de primas de instalación y de ayuda para la práctica en regiones alejadas		X				
Mesa de Concertación sobre el personal médico	X	X	X	(X)	(X)	(X)

X = objetivo principal. (X) = objetivo secundario.

## **El aumento del número de médicos y su distribución por especialidad**

Mientras que durante la década de 1970 se logró frenar el ingreso de médicos inmigrantes, durante los años ochenta el gobierno concentró la atención en el número de alumnos que ingresaban en las facultades de medicina. Tras el fracaso de su intento de convencer a las facultades de que redujeran el número de alumnos que ingresaban, en 1986 modificó las condiciones de financiamiento, asignando a las facultades los fondos correspondientes a un número determinado de alumnos, acompañando a dichas condiciones con sanciones financieras para las facultades que no respetaran los cupos. El número de alumnos aceptados en las facultades de medicina pasó de 640 en 1981 a 575 a partir de 1985.<sup>8</sup>

En general, teniendo en cuenta el tiempo que tarda el sistema en reaccionar, se podría afirmar que Quebec ha llegado a dominar el aumento del personal médico mediante la reducción del número de alumnos que ingresan en las facultades de medicina y el control de la inmigración de médicos extranjeros. De hecho, la desaceleración del crecimiento del personal médico y la modificación de su composición según la edad y el sexo (envejecimiento y feminización) son tan importantes que la proyección del número de médicos para los próximos años y del número medio de horas de trabajo por edad y por sexo observado en 1986 muestra una desaceleración del aumento de la disponibilidad de servicios médicos. En el año 2005, aproximadamente, la disponibilidad de servicios médicos por habitante comenzará a disminuir. Por lo tanto, habrá que obrar con prudencia en cuanto a las medidas que se tomen en el curso de los próximos años para reducir aún más el crecimiento del personal médico si no existe la convicción de que realmente hay un excedente importante de médicos.

A mediados de la década de 1970, el gobierno de Quebec decidió modificar la proporción de médicos clínicos, con miras a que aumentara de 45% a 60% en el año 2000. Esta política tenía dos objetivos: garantizar

---

<sup>8</sup> Al igual que las demás facultades de las universidades de Quebec, las facultades de medicina son financiadas según el número de alumnos inscritos, pero desde 1983 la ley que rige el financiamiento de las universidades contiene una disposición especial para las facultades de medicina. El gabinete de ministros, tras escuchar las recomendaciones de los ministros de salud y de enseñanza superior, determina por decreto el número de alumnos que pueden ingresar anualmente en los cursos pre y posdoctorales en las cuatro facultades a las cuales el gobierno proporciona fondos. La asociación de decanos de las facultades se encarga de la distribución entre las cuatro facultades, basándose principalmente en la situación histórica de cada una. Por lo tanto, las facultades reciben fondos según la cuota de alumnos que se les asigna. Si una facultad admite más alumnos que su cupo, deberá reducir proporcionalmente el número de alumnos que acepte el año siguiente; de lo contrario, la subvención media que recibe por alumno (\$11 000 en 1990) se reducirá. Obviamente, esta reducción no se compensa con un aumento equivalente en las demás facultades; en otras palabras, se debe respetar el cupo anual para las universidades en conjunto.

el acceso a una gama mínima de servicios médicos en todo Quebec y reducir la presión de los especialistas en el costo de los servicios de salud.

Para aumentar el porcentaje de médicos clínicos, el gobierno se basó principalmente en el control del número de alumnos aceptados en los cursos posdoctorales. Con ese fin, redujo el número de puestos de especialistas residentes, que son remunerados por la Administración del Seguro Médico de Quebec (RAMQ). Estos puestos pasaron de 337 en 1979 a 270 en 1983. Esta medida tenía como único fin acelerar el proceso, ya que durante los años setenta el porcentaje de aumento del número de médicos clínicos debido a la inmigración había sido el doble que el de especialistas (6,4% al año en comparación con 3,3%).

El control estricto del número de puestos de residentes en especialidades ha acelerado el aumento de la proporción de médicos clínicos, que pasó de 42% en 1972 a 50% en 1985 y que debería ser de 51,1% en 1993. Sin embargo, desde comienzos de la década de 1980, las regiones alejadas están presionando mucho a fin de obtener un mayor número de médicos con especialidades básicas, en tanto que los médicos están presionando para que el número de especialistas aumente. Los médicos basan su argumento en: 1) la escasez generalizada de especialistas en las regiones alejadas, 2) la escasez en ciertas especialidades primarias (anestesia y reanimación, medicina interna, cirugía general, psiquiatría, etc.) incluso cerca de los grandes centros urbanos, y 3) la escasa renovación y el gran envejecimiento en varias especialidades. El número de puestos de residentes ha aumentado efectivamente a partir de 1986; algunos se reservan a las especialidades que se consideran difíciles de renovar y a los alumnos que se comprometen a ejercer fuera de los grandes centros urbanos.

En vista del desacuerdo que existía entre las facultades de medicina, las asociaciones médicas y el gobierno, así como de las fuertes presiones que ejercían las regiones alejadas para conseguir un número suficiente de médicos con especialidades primarias, el gobierno instituyó en 1986 una Mesa de Concertación permanente para la planificación del personal médico.

El mandato de esta Mesa consiste en formular recomendaciones al Ministro de Salud, que este somete a la consideración del Consejo de Ministros (después de ser analizadas por el Tesoro), sobre el número de alumnos que pueden ingresar en las facultades de medicina y sobre la distribución de los puestos entre las distintas disciplinas posdoctorales. Está formada por representantes de los ministerios de salud y enseñanza superior, las asociaciones sindicales de médicos (clínicos, especialistas y residentes), la Corporación Profesional de Médicos, los decanos de las facultades de medicina, los consejos regionales de salud y las asociaciones de establecimientos (hospitales, centros locales de servicios comunitarios, centros asistenciales).

La existencia y la eficacia de esta Mesa se basan en la idea de que las decisiones que influyen en la evolución del número y la distribución de los médicos, en una sociedad pluralista y democrática, no pueden emanar únicamente de decretos gubernamentales ni del libre arbitrio de una profesión cuyos ingresos provienen del Estado. Por lo tanto, es necesario que todos los protagonistas se sienten en torno a una misma mesa, desarrollen un lenguaje coherente y elaboren juntos propuestas aceptables para todos. Eso se logró en parte gracias a un acuerdo sobre un programa de investigación. La elaboración del programa y el análisis de los resultados obtenidos permitieron que todos comprendieran mejor la lógica de la posición de los distintos integrantes de la Mesa.

Aunque se ha llegado a un consenso sobre ciertos asuntos, eso no ha ocurrido en todos los casos. La existencia de posiciones irreductiblemente opuestas no significa que la Mesa de Concertación haya fracasado, sino que la planificación debe realizarse teniendo en cuenta el consenso y la oposición. Por eso es normal que los integrantes de la Mesa la consideren como algo necesario y a la vez comprometedor, puesto que les obliga a revelar sus verdaderos objetivos.

Las primeras recomendaciones que se formularon en 1988 se basaron en los siguientes argumentos: 1) si se mantenían las políticas de inmigración y de formación, el ritmo de crecimiento del personal médico continuaría experimentando una fuerte desaceleración; 2) la feminización y el envejecimiento del personal médico influirían considerablemente en el nivel de actividad media de los médicos; 3) el envejecimiento de la población traería aparejado un aumento de la demanda de servicios médicos; 4) el objetivo de aumentar la proporción de médicos clínicos debía mantenerse, pero a un ritmo más lento. En consecuencia, se formularon las siguientes recomendaciones: 1) mantener el número de alumnos aceptados en el nivel predoctoral en 575 al año; 2) mantener el número de alumnos aceptados en el nivel posdoctoral en el número de alumnos diplomados (545); 3) destinar 220 de esos puestos a la medicina familiar y 325 a las especialidades (es decir, 5 más que el año precedente); 4) reservar 70 de los 325 puestos de especialistas para alumnos que se comprometan a ejercer la profesión durante tres años fuera de los grandes centros urbanos, sujetos a una multa de \$100 000 al año si no cumplen su compromiso.

Aunque el objetivo de que el 60% de los médicos sean clínicos en el año 2000 probablemente no se alcance, se ha logrado la reversión deseada de la proporción médicos clínicos/especialistas, tarea que debería continuar.

La decisión de prolongar la formación posdoctoral de los médicos clínicos refuerza el carácter irreversible de esta tendencia, por lo menos a mediano plazo. Eso les permitirá ampliar su esfera de competencia más adelante.

En cambio, la apertura de puestos de residencia para las especialidades que escasean, vinculada a la obligación de trabajar durante tres años fuera de los centros urbanos donde haya una facultad de medicina, no ha dado resultados tan buenos. Un porcentaje importante de estos puestos han quedado vacantes, y para atender las necesidades más apremiantes fue necesario recurrir a medidas ad hoc (otorgamiento de permisos a médicos extranjeros, puestos cubiertos en parte por médicos itinerantes, primas especiales de instalación, etc.).

### **La distribución geográfica**

Desde comienzos de los años ochenta, se han adoptado tres tipos de medidas para mejorar la distribución geográfica de los médicos. En 1982 se adoptó una primera serie de medidas que consisten en iniciativas económicas, mejoradas en 1984 (Proyecto de ley 27), con dos componentes:

- a) tarifas diferentes para los médicos nuevos (excepto los especialistas terciarios) durante los primeros tres años de práctica, según la región donde trabajen (70% de la tarifa normal en las regiones donde hay una facultad de medicina, 115% o 120% en las regiones alejadas), y 115% o 120% para todos los médicos de las regiones alejadas;
- b) otros incentivos económicos: primas de instalación, gastos de transporte para la formación continua, etc.

Como estas medidas prácticamente no surtieron efecto en los jóvenes especialistas, en 1986 se tomó otra medida para impulsar a los futuros especialistas a distribuirse mejor en el territorio: 50 de los 320 puestos de residencia en especialidades (70 de 325 en 1990) fueron reservados a los que se comprometieran a trabajar en regiones alejadas durante tres años, con una multa de \$100 000 al año por incumplimiento. A pesar de que se redujeron las restricciones en cuanto al lugar de trabajo (todas las regiones con la excepción de Montreal), menos de 25 de los puestos quedan cubiertos al año, en promedio.

La tercera medida, adoptada en 1987 (Proyecto de ley 75) está directamente encaminada a limitar la elección del lugar donde los especialistas pueden ejercer su profesión. A fin de reducir al mínimo las diferencias entre regiones, el Ministerio de Salud fija los objetivos de aumento o reducción de los profesionales de cada especialidad por región. De esta forma, cada región se impone un cupo de médicos por especialidad que debe distribuir entre los distintos establecimientos. Un médico no puede ejercer la profesión en un establecimiento si no está comprendido en el cupo de su especialidad, pero puede ejercer en un consultorio privado. En su forma actual, los cupos regionales influyen muy poco en los médicos clínicos, pero

afectan duramente a los especialistas, porque casi todos pueden ejercer su especialidad únicamente en el hospital. Oficialmente, cada establecimiento (hospital, CLSC, etc.) debe presentar un plan de organización en el cual indique, entre otras cosas, los servicios que planea ofrecer durante el año siguiente y el número de médicos necesarios en cada especialidad. El Consejo Regional de Salud y Servicios Sociales aprueba o modifica los planes de organización y los planes de personal médico de todos los establecimientos, a fin de que correspondan a los objetivos de los servicios que vayan a ofrecerse en la región. Posteriormente, cada región debe presentar su plan de personal médico al Ministerio de Salud, que lo aprueba o lo modifica. El criterio principal que utiliza el Ministerio es el acceso equitativo a los servicios para la población de las distintas regiones. El respeto de los cupos se basa en la aplicación de los planes de organización de los establecimientos, puesto que la junta directiva de un establecimiento no puede autorizar a un médico para ejercer si no está comprendido en el plan de organización del establecimiento. Dicho plan, a su vez, debe estar comprendido en el plan de organización de la región, cuyo objetivo es garantizar un acceso más equitativo a los servicios de salud para la población de las distintas regiones.

Aunque el método presenta ciertas lagunas, especialmente en lo que concierne a la indicación de los objetivos y al proceso de elaboración y adopción de los planes de personal, en general se reconoce que esta medida es imprescindible para garantizar una mejor distribución de los médicos en el territorio.

A pesar del número impresionante de incentivos y medidas coercitivas que se han implantado y de las grandes sumas que se han gastado, todavía subsisten grandes disparidades en la distribución de los médicos entre las regiones.

En efecto, si bien el número de habitantes por médico ha disminuido en todas las regiones de Quebec, se podría hablar de un fracaso parcial de las medidas para mejorar la distribución geográfica de los médicos. Este fracaso se debe, en parte, a que los incentivos económicos no bastan para cambiar de forma profunda y duradera ciertos comportamientos y a que el medio técnico necesario para que los jóvenes especialistas puedan ejercer se concentra en las zonas urbanas.

En cuanto a las dos medidas para restringir la selección del lugar de trabajo de los jóvenes especialistas (algunos puestos de residencia reservados para los que se comprometan a trabajar fuera de los grandes centros y los cupos regionales), todavía no han dado resultado. Solo un tercio de los puestos de residentes reservados han sido cubiertos durante los últimos tres años, y no se han alcanzado los objetivos de los cupos regionales. Estas dos medidas, que se adoptaron casi simultáneamente, despertaron cierta inquietud entre los diplomados en medicina y llevaron

a varios a orientarse, en un primer momento, hacia la medicina clínica, en vez de una especialidad. Estos médicos prefieren dedicarse a la medicina clínica y ejercer en Montreal o Quebec y percibir el 70% de la tarifa normal en vez de ir a trabajar a otro lugar, como especialistas, aunque allí se les pague el 100% o el 120%, porque nada les impide ejercer en un consultorio privado y el mercado todavía no está demasiado saturado. Además, hay otros factores que contribuyen a la poca atracción que ejercen los puestos de residencia en especialidades reservados para las regiones alejadas, entre ellos el aumento del número de mujeres entre los estudiantes de medicina<sup>9</sup> y la poca atracción de las especialidades primarias, debido tanto al débil "desafío" profesional que representan como a los bajos ingresos que ofrecen en comparación con las especialidades secundarias y terciarias.

En cuanto a los cupos regionales, entraron en vigor recién en 1988 y probablemente todavía no hayan alcanzado su máximo potencial. Los jóvenes médicos han recurrido a varias escapatorias para no someterse a los objetivos de los centros urbanos universitarios, y existen presiones políticas en el sentido de modificar los objetivos en vista de la escasez de profesionales de ciertas especialidades, debido a la cual no se puede mantener la calidad de los servicios a la población ni un número de médicos suficiente para la enseñanza y la investigación en las regiones universitarias.

Tanto los representantes de las organizaciones médicas como los representantes del gobierno reconocen que la mala distribución de los médicos es un problema muy serio que tiene múltiples causas (formación demasiado especializada de los médicos, acento durante la formación en los aspectos técnicos de la medicina, falta de recursos en las regiones alejadas, ignorancia con respecto al nivel de vida que se puede encontrar en las regiones alejadas, reducción excesiva del número de nuevos especialistas, valoración insuficiente de las especialidades médicas básicas) y para las cuales no existen soluciones simples en el sistema de salud actual.

La cuestión es cómo llevar a la práctica el principio del acceso equitativo de toda la población a todos los servicios sin tratar de distribuir los médicos según el número de habitantes de cada región. A fin de aplicar el principio de la equidad, habría que abordar de frente la cuestión de las relaciones de complementación y sustitución entre los médicos clínicos y los especialistas, así como entre los médicos y los otros profesionales. Eso implicaría cambios importantes en la organización de los profesionales en Quebec, cambios que podrían conducir a modificaciones de la ley de profesiones y a la apertura a otras profesiones de los campos reservados a los médicos.

---

<sup>9</sup> Los datos de los últimos años señalan que las mujeres se muestran menos inclinadas que los hombres hacia la especialización y hacia el ejercicio de la profesión en regiones alejadas.

## El control de los costos

En comparación con las demás provincias y con la mayoría de los países desarrollados, el sistema de planificación del personal médico de Quebec en general ha dado buenos resultados en cuanto al control de los costos de los servicios médicos. Los dos mecanismos que han permitido obtener este resultado son el régimen de negociaciones entre los médicos y el gobierno, con la implantación de un cuadro tarifario y la determinación de objetivos en cuanto a los ingresos medios, que se ajustan actualmente según el aumento medio de los sueldos de los empleados públicos, y la creación de una Mesa de Concertación permanente para el personal médico.

En las negociaciones sobre la remuneración de los médicos participan representantes del gobierno y de las asociaciones sindicales de médicos clínicos y especialistas. Estas asociaciones son independientes de la Asociación Médica Canadiense y de la Corporación Profesional de Médicos de Quebec, la cual, por ley, debe limitarse a proteger los intereses del público.

El objetivo de estas negociaciones no es determinar el nivel de aumento de las tarifas, sino el aumento de los ingresos medios de los médicos. Si se exceden los ingresos fijados en el curso de un año, el excedente se resta de la tasa de aumento del año siguiente (y lo opuesto si no se alcanzan los ingresos fijados). El objetivo es controlar no solo el aumento del precio de los servicios, sino también el costo medio por médico, sin modificar el número de médicos ni el número de horas que trabajan. A fin de evitar los abusos de ciertos médicos, se han establecido topes individuales para los ingresos de los médicos clínicos y topes colectivos para los especialistas. Los médicos clínicos que exceden del tope (33% más que los ingresos fijados como objetivo) perciben el 25% de la tarifa correspondiente a sus servicios.<sup>10</sup> No se ha establecido un tope de ese tipo para los especialistas, pero desde hace algunos años los convenios entre el gobierno y los especialistas prevén una reducción sustancial de la tarifa correspondiente a un cierto número de procedimientos considerados excesivos en relación con la práctica media de los médicos de la especialidad. Esta medida para controlar los abusos de ciertos médicos, adoptada conjuntamente por los médicos y por el gobierno, es posible gracias a una vigilancia continua de los datos sobre el comportamiento de los médicos por ambas partes y refleja la voluntad de establecer un sistema de remuneración equitativo

<sup>10</sup> Los ingresos fijados como objetivo para los médicos clínicos eran \$125 106 entre junio de 1989 y mayo de 1990; el tope era de \$42 668 por trimestre o \$170 672 al año. Los ingresos de los especialistas se habían fijado en \$157 853.

que elimine todo interés en aprovechar los puntos débiles del sistema y adoptar una conducta que no se adhiera a los objetivos del sistema de salud.

Los médicos clínicos y los especialistas negocian por separado con el gobierno por medio de sus respectivas asociaciones. Ya no hay controversias en torno a la diferencia entre los ingresos de ambos grupos, tras el intento de los médicos clínicos a principios de los ochenta de aumentar sus tarifas por encima de las tarifas de los especialistas, objetivo que lograron solo en parte. Sin embargo, existen conflictos importantes en cuanto a la distribución de los ingresos entre los especialistas. Por ley, la Federación de Médicos Especialistas es el único agente negociador para todos los especialistas, y negocia un aumento global de los ingresos para todos los especialidades en conjunto. La distribución de este aumento entre las distintas asociaciones que representan a dichas especialidades. Evidentemente, esta distribución no se realiza siempre en un clima de armonía. Los cirujanos generales se retiraron de la Federación en 1988 porque estimaban que sus ingresos eran insuficientes y reivindicaban el derecho de negociar directamente con el gobierno. El tribunal rechazó su reclamo, y el caso está actualmente ante la cámara de apelaciones. Los anestesistas realizaron una huelga de un día en noviembre de 1990 para presionar a la Federación a fin de conseguir un mayor porcentaje de los ingresos.

Desde hace varios años, las negociaciones entre el gobierno y los médicos no han conducido a grandes enfrentamientos. Eso se debe a que los médicos están conscientes de la determinación del gobierno de limitar el aumento de los gastos y de la escasa simpatía que sus reivindicaciones hallan en la población. La existencia de un mecanismo de negociación permanente entre los médicos y el gobierno explica también en gran medida la ausencia de enfrentamientos. En estas negociaciones permanentes no se trata únicamente el aumento global de las remuneraciones, sino también los incentivos tarifarios para fomentar ciertos tipos de práctica (gerontología, casos de urgencia de bajo rendimiento, en el medio psiquiátrico, etc.) o desalentar otras.

Cabe destacar que el aumento de los ingresos medios ha dejado de ser un motivo de controversia porque en los dos últimos convenios (con un plazo de vigencia de tres años) los médicos aceptaron las tasas de aumento medias, pasadas o futuras, de los empleados públicos.

No existe ninguna garantía de que estas medidas resulten eficaces en el futuro. Se necesitarán profundos cambios para que el costo de los servicios médicos aumente a un ritmo determinado por el crecimiento demográfico y las necesidades de la población, y no por las características demográficas de la profesión médica y los adelantos tecnológicos. Ello conducirá inevitablemente a conflictos con los médicos, que tratan de mantener

el ritmo de crecimiento de los profesionales, sus ingresos y los recursos a su disposición.

## CONCLUSION

La evaluación, en general positiva, que presentamos con respecto al sistema de planificación del personal de salud de Quebec se basa en varios principios que sirvieron de base para la reforma del sistema de salud de Quebec a comienzos de los años setenta.

El elemento principal es el reconocimiento del papel fundamental de los médicos en el sistema de servicios de salud, así como la necesidad de garantizar que los médicos se comporten de manera compatible con los objetivos del sistema, respetando al mismo tiempo su autonomía profesional, a fin de mantener la coherencia del sistema.

Los mecanismos que han permitido conciliar el control, la orientación y la autonomía profesional son:

- la definición exacta de un campo de competencia exclusivo para los médicos;
- la casi imposibilidad de ejercer la medicina fuera del régimen del seguro médico;
- la existencia de un tercero único que efectúa los pagos;
- el establecimiento de un mecanismo de negociación permanente sobre las modalidades de la práctica y la remuneración;
- el establecimiento de cupos de ingreso en las facultades de medicina y de sanciones para las facultades que no los respeten;
- el control de la inmigración;
- la existencia de datos exactos sobre el personal médico y sus actividades;
- la institución de una Mesa de Concertación permanente.

Gracias a estos mecanismos, la política de planificación del personal médico de Quebec ha dado buenos resultados. No obstante, algunos de esos mecanismos constituyen también la raíz de los problemas que experimenta.

Las vías de intervención en cuanto al personal médico que permitirían mejorar el rendimiento del sistema de salud consisten básicamente en:

- reformular el concepto de la práctica exclusiva de los médicos, a fin de propiciar un uso más racional del conjunto de los profesionales de la salud con el propósito de garantizar el acceso equitativo de la población de las distintas regiones a los servicios que necesite;

- establecer una relación explícita entre los presupuestos que se adopten para los servicios médicos y el crecimiento y las necesidades de la población, en vez de relacionarlos con el crecimiento del personal médico. Este principio sería compatible con la idea de una descentralización regional de los presupuestos de la Administración del Seguro Médico de Quebec (RAMQ) y con una revisión de esos presupuestos en función de la población atendida;
- mantener y ampliar los mecanismos de negociación y de concertación. La experiencia pasada muestra claramente que el hecho de adoptar un lenguaje común, de ponerse de acuerdo sobre las estadísticas y sobre el sentido de los indicadores utilizados, contribuye enormemente a la consecución de un consenso y a la identificación de los asuntos que provocan posiciones irreductiblemente opuestas;
- instituir oficialmente un proceso recurrente de planificación del personal médico que permita realizar ajustes periódicos en función de una previsión a largo plazo de las diferencias entre lo que se prevea y lo que se desee para el futuro. Eso implica, entre otras cosas, el establecimiento de un sistema de información confiable y detallado sobre el personal médico y sobre las actividades de los médicos y de otros profesionales de la salud.

En resumen, y para concluir, en nuestra opinión la experiencia de Quebec en lo que concierne a la planificación del personal médico ha sido particularmente rica. Ciertamente podría aplicarse a otras provincias y a otros países, teniendo en cuenta las peculiaridades culturales, sociales y políticas de cada uno. De esta experiencia pueden extraerse tres grandes enseñanzas.

La primera enseñanza importante de la experiencia de Quebec es que la planificación del personal médico no es una cuestión estrictamente técnica que consiste en aplicar instrumentos de regulación apropiados en el momento oportuno. Se trata de una tarea compleja que se basa en la comprensión del comportamiento y del papel de numerosos protagonistas. Es por eso que la Mesa de Concertación resultó ser una manera interesante de abordar el problema. Su objetivo no es reemplazar a las instancias de decisión, sino más bien lograr que todos comprendan las decisiones y que los integrantes de la Mesa participen de alguna manera en su elaboración, ya sea proponiéndolas, apoyándolas u oponiéndose a ellas.

La segunda enseñanza es negativa. Las medidas estrictamente económicas a menudo no bastan para impulsar a los médicos a cambiar en forma sustancial sus decisiones en cuanto a la selección del lugar donde ejercerán la profesión. Por el contrario, los cupos regionales son difíciles

de aplicar en una sociedad en la cual el respeto de las libertades individuales es un valor primordial. Además, no se puede adoptar una política para propiciar un acceso equitativo a los servicios médicos para la población de las distintas regiones buscando únicamente una distribución uniforme del número de habitantes por médico instalado en la región. La única forma de lograr un acceso equitativo a los servicios médicos para las regiones con baja densidad de población y alejadas de los grandes centros urbanos consiste en establecer mecanismos que faciliten la movilidad interregional de los médicos para prestar servicios y la movilidad de los pacientes para obtener ciertos servicios en otras regiones.

La tercera enseñanza es que el tiempo que transcurre entre la aplicación de medidas regulatorias y los cambios en el ritmo de crecimiento del personal médico es muy largo, lo cual implica que la planificación debe ser un proceso recurrente y debe llevarse a la práctica con una gama diversa de incentivos y medidas coercitivas.

# LOS MEDICOS EN LA ADMINISTRACION: PROBLEMAS E INQUIETUDES

*Louise Lemieux-Charles*<sup>1</sup>

---

## LOS MEDICOS EN LA ADMINISTRACION DE SALUD

Los médicos del Canadá ejercen su profesión en un entorno de cambio acelerado y en organizaciones sometidas a una creciente presión para reexaminar la manera de prestar atención médica a fin de que los recursos se empleen de forma más eficaz y eficiente. Estas presiones se deben principalmente a factores externos como el aumento del control gubernamental, mayor atención a las medidas de control de costos, consumidores mejor informados y desarrollo tecnológico continuo. Numerosos grupos de trabajo y Comisiones Reales que han llevado a cabo su labor en diversas provincias canadienses durante los últimos cinco años (British Columbia Royal Commission, 1991; Evans, 1987; Gallant, 1989; Hyndman, 1989; Spasoff, 1987) han llegado a la conclusión que el sistema recibe suficiente financiamiento. Sin embargo, queda por contestar si los criterios de asignación de presupuesto a diversos programas de atención de la salud son adecuados. Todos estos informes han recomendado que se mejore la efectividad en términos de costos de los servicios de atención de salud, en especial mediante una mejor integración y coordinación de servicios. Se percibe que podría evitarse una parte importante de las hospitalizaciones, reducirse la estadía y que cierto número de pacientes que actualmente se atienden en establecimientos de salud podrían recibir atención en el hogar.

El desplazamiento hacia la coordinación e integración de la atención al paciente requiere estructuras organizativas diferentes a las actuales. La estructura tradicional del hospital se ha concentrado principalmente en los servicios prestados por departamentos individuales como los de medi-

---

<sup>1</sup> Departamento de Administración de Salud, Universidad de Toronto, Toronto, Ontario, Canadá.

cina, enfermería, nutrición, farmacia, etc. A medida que los gobiernos se interesan cada vez más en los costos relacionados con grupos específicos de pacientes, han surgido los conceptos de grupos de casos combinados, cálculo de costos por caso y por programas. Además, puesto que se considera que aproximadamente el 70% de los costos generados en un hospital los "ocasionan" los médicos, se ha tratado de que estos tengan mayor participación en la administración de recursos críticos (por ejemplo, presupuesto y asignación de personal). El apoyo a tal participación se puso de manifiesto cuando el Ministerio de Salud y Bienestar Nacional del Canadá auspició una reunión sobre la función del médico en la administración e invitó a representantes de asociaciones claves de nivel nacional (por ejemplo, la Asociación Médica Canadiense, el Colegio Canadiense de Ejecutivos de Servicios de Salud). En esa reunión se reconoció que la participación de los médicos en el proceso de toma de decisiones en los hospitales era importante y se aceptaron los siguientes puntos:

1. Los médicos se muestran reacios a asumir un papel más importante en la administración sin recibir compensación.
2. Los médicos se enfrentan a conflictos éticos cuando asumen funciones de administración y, en consecuencia, se muestran renuentes a ejercerlas.
3. Su participación es esencial porque son los únicos que pueden determinar la relación entre la calidad y la cantidad dentro del hospital.
4. Los médicos no se sienten parte del hospital porque en muchos casos no tienen oficinas o personal administrativo dentro de la institución.

La participación de médicos en la administración requiere que se encaren los problemas mencionados. En las siguientes secciones se analizan la estructura de la organización del personal médico dentro de las cambiantes estructuras hospitalarias, la formación de los médicos en administración y algunos temas éticos que se percibe están relacionados con la mayor participación en las decisiones de asignación de recursos.

## **LAS ESTRUCTURAS CAMBIANTES DEL HOSPITAL Y LA ORGANIZACION DEL PERSONAL MEDICO**

El contexto en el cual los médicos ejercen su profesión afectará tanto las estructuras formales como la organización del personal médico, así como su manera de abordar los problemas. Como ya hemos señalado, el ambiente en el cual funcionan las organizaciones de salud es más complejo y menos estable que hace 10 años. Las disposiciones sobre financiamiento están cambiando, la fuerza de trabajo, que incluye a una gama de

profesionales, está cada vez más preocupada por su ambiente de trabajo y los que tienen que pagar las facturas están preocupados por los patrones cambiantes de atención médica, y con los consiguientes resultados de la atención. Los ministros de salud se preocupan porque el sistema está subadministrado. Estas presiones han llevado a reevaluar a fondo la forma de diseñar los hospitales, de elaborar y asignar los presupuestos y de administrar los servicios y programas hospitalarios. Los hospitales también están forjando nuevas formas de asociación y sistemas de atención que cruzan las fronteras del establecimiento y de la comunidad.

Entre algunos directores de hospital existe la creencia de que una estructura por programas mejorará la coordinación y la comunicación con el gobierno. En consecuencia, las estructuras funcionales tradicionales se modifican o se sustituyen por divisiones y/o programas. La adopción de un enfoque por programas permite identificar más fácilmente los costos relacionados con la atención de un grupo específico de pacientes y a quién compete la responsabilidad por esos pacientes, formular normas de atención para ese grupo, y determinar la medición de los resultados de la atención. Este enfoque también guarda relación con los "costos", ya sean los efectos de estos en la evaluación de la calidad o en la contención de dichos costos sobre la calidad (Harrigan, 1992).

Entre los ejemplos de programas figuran oncología, trasplantes, neurociencias o geriatría. Pueden ser administrados por un gerente médico o por un equipo que conste de médico, enfermera y administrador. Algunos de los principales hospitales universitarios del Canadá (por ejemplo, el Centro de Ciencias de la Salud, de Sunnybrook; el Hospital para Niños Enfermos y el Hospital General de Vancouver) han instrumentado un criterio de este tipo o han adoptado lo que Stuart y Sherrard (1987) describen como un enfoque programático de la toma de decisiones. En muchos casos los programas son de alcance regional y pueden abarcar varios hospitales (por ejemplo, el Programa Geriátrico Regional).

En la medida en que los hospitales empiecen a colaborar a nivel de programa, se percibirá más la necesidad de integrar y coordinar las actividades. Se prevé que la década del 90 se caracterizará por la existencia de un mayor número de "sistemas hospitalarios" que combinen dos o más establecimientos bajo una sola administración. Estos tipos de organización ofrecen la posibilidad de racionalizar las actividades y reducir la duplicación de los servicios. Sin embargo, queda por demostrar si tales planes multiinstitucionales son más eficientes en función de los costos y eficaces en un sistema de atención de salud financiado por el gobierno. Algunos ejemplos de esos planes son el Hospital Universitario de Vancouver, B.C., la empresa hospitalaria de Victoria, B.C., el Hospital de Toronto, Ontario y el Centro Médico de Camp Hill en Halifax, Nueva Escocia.

Con la finalidad de adaptarse a las nuevas realidades se está

modificando la estructura de la organización del personal médico en los hospitales. Las principales funciones de dicha organización son: 1) proporcionar al personal médico un mecanismo de autogobierno; 2) brindar un medio para el monitoreo de la calidad de la atención al paciente y del desempeño del personal médico; 3) facilitar un mecanismo para la revisión de las solicitudes de los aspirantes para integrar el cuerpo médico y la consiguiente asignación de cargos. El Consejo Canadiense de Acreditación de Establecimientos de Salud estipula que el personal médico “deberá formular y recomendar para su adopción normas, reglamentos, políticas y procedimientos destinados a crear un marco de autogobierno y un medio de responder ante el órgano rector” (1991). Los estatutos esbozan la estructura organizativa del personal médico, incluyendo disposiciones para la organización de los departamentos y servicios; selección de los jefes de departamento y de división; responsabilidades de los funcionarios; composición y términos de referencia de los comités; procedimientos para delimitar los privilegios; y el mecanismo mediante el cual el personal hace sus consultas e informa al órgano rector.

Aunque las normas de acreditación influyen en las modalidades de organización del personal médico, su primer determinante es la legislación provincial, y más específicamente la Ley de Hospitales Públicos, sus reglamentos y los estatutos de hospitales derivados de ellas (Leatt *et al.*, 1992). La especificidad de estas leyes y reglamentos varía entre las provincias en cuanto a las modalidades de funcionamiento de los hospitales y los tipos de criterios que proporcionan, en particular para la organización y las funciones del personal médico. Por ejemplo, en algunas provincias occidentales, como Alberta, no se permite que los médicos sean miembros de la junta directiva de su propio hospital debido a los posibles conflictos de interés, mientras que en Ontario y Quebec, la ley exige que ciertos médicos sean miembros de esa junta con pleno derecho a voto (Leatt, *op cit.*, 1992). En una encuesta nacional sobre la organización del personal médico en los hospitales canadienses (Leatt, *op cit.*, 1992), se encontró que en las provincias con un grado de reglamentación relativamente elevado los médicos participaban más de cerca en la dirección y administración de los hospitales. En las provincias cuya legislación era más flexible o más vaga, era más probable que los hospitales dispusieran de más autonomía o libertad para organizar a su personal médico según les conviniera. En consecuencia, habría menos presiones externas para cambiar las estructuras de dicho personal en esas provincias.

En la mayoría de los hospitales, el personal médico responde directamente ante la junta directiva en lo referente a los aspectos médicos. No siempre resulta claro cuál es la función del Director en relación con esta estructura jerárquica. Este modelo de organización del personal médico con una estructura de autoridad doble parece prescrito frente a los cambios

internos y externos del entorno. Como se ha indicado, el establecimiento de estructuras o de una organización por programas conlleva una función integradora que favorece la participación de los médicos en la formulación de políticas y en la gestión. Esto conlleva mayor responsabilidad y más obligaciones como jefes y encargados de división, en el ejercicio de la medicina dentro de sus departamentos respectivos, y mayor participación en la toma de decisiones sobre la organización en el plano estratégico.

El nombramiento de jefes se ha formalizado en muchos hospitales; es decir, un comité de selección constituido por el personal médico y por representantes de la administración recomienda un candidato a la Junta Directiva. Este mecanismo de nombramiento aumenta la responsabilidad de los jefes de departamento ante la organización. Un estudio reciente de la integración de los médicos a la administración en hospitales comunitarios reveló que las barreras a la contratación de médicos para ocupar jefaturas incluyen el tamaño del departamento, las inquietudes de estos profesionales acerca de la repercusión que esa función podría tener en las relaciones con sus colegas y en referir a los pacientes, la disposición de los médicos a dedicar el tiempo necesario a cumplir requisitos administrativos, además de los conflictos provenientes de decisiones administrativas que afectan directamente a su propio ejercicio profesional (Lemieux-Charles, 1989). En los hospitales comunitarios, la mayoría de los médicos estarían dentro de un sistema de honorarios por servicios prestados. Por lo general, se remunera el asumir las responsabilidades administrativas, aunque las cantidades varían significativamente de un hospital a otro y dentro de un mismo hospital. Por ejemplo, hay más probabilidades de que el jefe de cirugía reciba una compensación más alta que el jefe de medicina familiar. El jefe de personal suele recibir una compensación significativa.

No se sabe con claridad hasta dónde evolucionarán los modelos de organización del personal médico. Sin embargo, un examen de la Ley de Hospitales Públicos que acaba de promulgar la provincia de Ontario nos permite vislumbrar el futuro (Public Hospitals Act Review, 1992). Las recomendaciones que ahora han pasado a ser del dominio público, a la espera del aporte de los principales interesados, se basan en seis principios, a saber:

- atención y tratamiento equitativos y accesibles centrados en el paciente;
- respuesta a las necesidades de la comunidad, de la región y de la provincia;
- responsabilidad ante el paciente y el público;
- compromiso con la calidad;
- eficacia en la administración;
- respeto por los valores y las tradiciones de cada hospital (1992).

Estos principios se basan en la percepción de que la distinción que existe actualmente entre los aspectos clínicos y los administrativos se ha vuelto en gran medida artificial y que sirve para aislar a los médicos y a otro personal clínico de la participación estructurada en las decisiones administrativas. El informe recomienda que las modalidades actuales sean reemplazadas por un sistema en el cual las decisiones, clínicas y operativas, se adopten en un proceso administrativo unificado dentro de una estructura administrativa unificada bajo la autoridad del Director del establecimiento. Se recomienda crear comités asesores multidisciplinarios para tratar asuntos tales como mejora de la calidad, farmacia y terapéutica, ética, registros clínicos, asignación de recursos y planificación de los recursos humanos clínicos. Además, habrá que dotar a los hospitales de comités asesores para cada profesión de salud legalmente reconocida, los cuales se encargarán del otorgamiento de credenciales, de la calidad de la atención, de la revisión por los pares, de las normas y de los reglamentos y de la disciplina.

Estas recomendaciones reconocen que hay muchas otras profesiones vinculadas con la atención de salud y que la junta debe asumir la misma responsabilidad por las actividades de todos los profesionales de salud regulados. Cabe señalar la recomendación de que el hospital formule un plan de recursos humanos clínicos que especifique la composición, el número y los tipos de profesionales de salud regulados que se necesitan y la clasificación de sus nombramientos o puestos. Este enfoque afectará la forma en que los médicos interactúan con la junta, el personal directivo y otros grupos profesionales. Será importante que los médicos estudien las formas posibles de contribuir a la administración de la organización para garantizar que el ambiente favorezca la prestación de atención médica de calidad.

Muchos médicos ven los cambios propuestos como una desvalorización de su profesión. De cierta forma, los médicos perderán su posición privilegiada e influyente a nivel de la junta. A muchos les causa confusión cuando, por una parte, se les pide que participen más en las decisiones administrativas y, por otra parte, ya no se les otorga una consideración especial. Pocos médicos estarían conformes con que otros grupos profesionales puedan tener tanto derecho como ellos a participar en la toma de decisiones sobre aspectos clínicos y administrativos. A medida que se prepare la legislación, cada grupo tendrá oportunidad de presentar su posición a los legisladores. Parecería que el equilibrio tradicional de poder se está desplazando, pero todavía no está claro cuál será el nuevo orden.

Lo cierto es que aumentarán las presiones sobre los médicos para que asuman funciones administrativas más amplias. Sin embargo, no se conocen con certeza cuáles serán los principales canales de participación de los médicos en la toma de decisiones en esta esfera. Hasta hace poco, el canal clave era la organización de personal médico. No obstante, a medida

que se instauran nuevas estructuras los aportes se harán en otros foros como el comité superior de administración, el comité de administración de programas, etc.

La participación de los médicos en la toma de decisiones de tipo administrativo requiere de parte de ellos un entendimiento de los procesos administrativos y una comprensión clara de su papel y de sus responsabilidades dentro de la organización.

## FORMACION EN ADMINISTRACION

Examinaremos seguidamente las consecuencias de los cambios mencionados para la formación en administración de los médicos. A medida que los hospitales procuran aumentar la participación de los médicos en los asuntos administrativos, muchos sienten la necesidad de mejorar sus conocimientos sobre la teoría y la práctica de la administración para poder contribuir cabalmente a la toma de decisiones a nivel organizacional. Se observa un interés creciente en la formación en esta materia por parte de los médicos canadienses (Gilmore, 1992). Varios autores han examinado las necesidades educativas de los médicos interesados en dicha formación (Barrable, 1988; Ruelas y Leatt, 1985; Pérez y Russell, 1987; Myers, Leatt y Bonus, 1986). Ruelas y Leatt (1985) identificaron tres factores principales que deben considerarse al diseñar los programas educativos, a saber: 1) la posición que ocupan los médicos-ejecutivos en la estructura; 2) el tipo de asuntos a tratar por los médicos-ejecutivos, y 3) el tipo de funciones administrativas más importantes para afrontar los problemas en cada nivel de la estructura.

Un estudio de las necesidades educativas de los psiquiatras y de los médicos especializados en salud pública (Myers, *et al.*, 1986) ilustra las diferencias en este aspecto. Por ejemplo, los psiquiatras indicaron con mayor frecuencia que las áreas de contenido prioritario eran principios de administración, proceso político, estructura de la organización y administración de recursos humanos. Específicamente, estaban interesados en las estructuras de organización del personal médico, las relaciones organismo/gobierno, y el estrés y la fatiga. Los médicos de salud pública seleccionaron temas similares, pero añadieron la planificación estratégica, los procesos grupales, la administración financiera y la evaluación de sistemas de información como otras áreas de contenido importantes para sus responsabilidades. Ambos grupos indicaron que su formación especializada les brindaba aptitudes especiales para la administración. Los médicos de salud pública tienen aptitudes técnicas, en investigación y en planificación epidemiológica, mientras que los psiquiatras indicaron poseer conocimientos y aptitudes para tratar con las personas. Las diferencias en los grupos se

atribuyeron a cuatro variables (Myers, 1986): si la organización del entrevistado estaba ubicada en un entorno rural o urbano; el tamaño de la organización; el deseo del entrevistado de asistir a programas ulteriores, y su cargo (es decir, director médico frente a jefe de psiquiatría y oficial médico frente a oficial médico adjunto).

No hay consenso acerca de si debieran ofrecerse programas de administración médica "en la casa" (Barrable, 1988) mediante programas de educación continua patrocinados por asociaciones profesionales o universidades (Crutcher, 1992) o por medio de programas de posgrado vinculados con escuelas de administración de empresas o programas de administración sanitaria (Gilmore, 1992). El Instituto de Administradores Médicos, una iniciativa conjunta de educación continua de la Asociación Médica Canadiense y del Colegio Canadiense de Ejecutivos de Servicios de Salud es un ejemplo de cómo puede brindársele formación a los médicos. Imparte cuatro módulos que duran de dos días y medio a tres días y pueden tomarse en cualquier momento. El módulo 1 se ofreció por primera vez en 1984. Hasta la fecha, 75 médicos han concluido los cuatro módulos y otros 1500 han tomado por lo menos uno (Crutcher, 1992). El Instituto de Administración de Salud de la Universidad de Toronto también ofrece un programa modular en cuatro partes de dos días y medio para la formación de médicos-gerentes. A continuación se describen las áreas temáticas que ofrece (The Physician Manager, Institute for Health Management, 1992).

1. Bases de la administración
  - Conceptos básicos de administración
  - Planificación y ejecución estratégicas
  - Funciones y responsabilidades
  - Estructura y eficacia de las organizaciones
  - Técnicas para el desarrollo y el cambio en las organizaciones
2. Sistemas de finanzas y gestión
  - Planificación, presupuestos y control financiero
  - Análisis de variación y asignación de costos
  - Sistemas financieros, asistenciales y de apoyo a las decisiones
  - Sistemas de información para la prestación eficaz de atención de salud
3. Comercialización, calidad y dirección de recursos humanos
  - La comercialización como herramienta administrativa
  - Calidad orientada al mercado
  - Principios de mejora continua de la calidad
  - Motivación y evaluación del desempeño
  - Negociación y resolución de conflictos

4. Políticas, leyes y ética en materia de salud
  - Aspectos éticos en la administración de servicios de salud
  - Negligencia, responsabilidad legal y derecho contractual
  - Elaboración de políticas de salud
  - Organización y pago de los servicios médicos

A diferencia de los Estados Unidos que tiene el Colegio de Médicos Ejecutivos, el Canadá no cuenta con una asociación nacional que defina específicamente las normas nacionales para formar a los médicos en administración ni se ocupa de las necesidades de los administradores médicos. Aproximadamente 100 de ellos pertenecen al Colegio Canadiense de Ejecutivos de Servicios de Salud que tiene un total de 3100 miembros (Crutcher, 1992).

La participación en las decisiones administrativas puede contribuir a aumentar la inquietud entre los médicos de que su capacidad para prestar asistencia de alta calidad se vea comprometida. Por ejemplo, la medida que se adoptó de descentralizar la toma de decisiones habilitará a estos profesionales para administrar directamente los recursos financieros y humanos. Se ha aducido que este hecho entra en conflicto con el compromiso profesional de proporcionar a cada paciente la más alta calidad de atención posible (Levinsky, 1984). A continuación se describen los problemas éticos que pueden surgir entre los médicos que desempeñan actividades administrativas y clínicas.

#### **PROBLEMAS ETICOS QUE SURGEN DE LAS DECISIONES SOBRE ASIGNACION DE RECURSOS**

Poco se sabe sobre el grado en que los profesionales de la salud identifican y concilian los problemas éticos cuando tratan de equilibrar sus responsabilidades hacia los pacientes individuales con las relativas a la toma de decisiones administrativas en general. La mayoría de los estudios han comprendido cuestionarios sencillos para determinar la frecuencia de aparición de diversos problemas éticos en la práctica clínica cotidiana (Lo y Schroeder, 1981; Hastings Center Report, 1982). Los investigadores no han examinado las respuestas de clínicos con responsabilidades administrativas ante estas nuevas demandas, es decir, los tipos de adaptaciones y decisiones que ocurren a resultas de la toma de decisiones sobre asignación de recursos.

En una revisión reciente de la literatura acerca de las perspectivas de los médicos sobre su participación en la asignación de recursos y en la administración de su utilización (Leatt, *et al.*, 1991), los autores resumieron así los problemas más comunes relacionados con la ética mencionados en

los trabajos: calidad de la atención; autonomía profesional; criterios para la asignación de recursos; ambigüedad y conflicto de las funciones, y cambios en el futuro. Hacen notar que gran parte de la información acerca de los efectos de la asignación de recursos sobre la calidad de la atención es hipotética porque ha habido poca validación empírica. Esta revisión de los tratados se realizó en el contexto de un estudio longitudinal sobre la instrumentación de una estructura descentralizada de gestión en un importante centro de ciencias de la salud en el Canadá (Leatt *op cit.*, 1991).

Parte del estudio también comprendió un sondeo de los problemas éticos enfrentados por los clínicos/administradores al tomar decisiones sobre asignación de recursos (Lemieux-Charles, *et al.*, 1992). Veintiocho individuos participaron en cuatro grupos de discusión que eran homogéneos e incluían a enfermeras-administradoras, administradores de otros grupos profesionales como los de fisioterapia, trabajo social etc., y médicos-gerentes (jefes de departamento en un grupo y jefes de división en otro). Se analizaron los problemas planteados por los grupos y se asignaron categorías basadas en los niveles de Hiller (Hiller, 1984) para el análisis organizativo. Las categorías incluyen el micronivel (individuo), el mesonivel (organización) y el macronivel (entorno). En el micronivel se encontraban los problemas éticos relacionados principalmente con las expectativas de los clínicos administradores en cuanto al ejercicio de su profesión y a su percepción de que una mayor participación en la asignación de recursos puede perjudicar la calidad de la atención. También les interesaba su capacidad de cumplir con sus propias normas profesionales, establecidas por asociaciones profesionales externas, mientras trabajan en un sistema programático. Todos los grupos identificaron los problemas éticos concernientes a su relación con los colegas que no son administradores. Por ejemplo, se presentaron conflictos entre la opinión de los médicos con respecto a la calidad de la atención y su concepto de la calidad, basado en medidas de eficiencia y eficacia. A nivel de la organización, algunos de los problemas incluían la determinación de las prioridades de la atención, los conflictos interprofesionales, los criterios de selección de pacientes y su acceso a la atención y la asignación equitativa de los recursos a todo el hospital. En el macronivel, el problema principal guardaba relación con la discrepancia entre las expectativas de la comunidad acerca del hospital con respecto a ciertos servicios y la disponibilidad de estos. Los médicos en particular creían que se les asignaba el papel de "guardianes" para garantizar el cumplimiento de las prioridades del hospital. En general, en todas las deliberaciones se mencionaron reiteradamente problemas tales como la asignación justa de los recursos, la ética institucional, la inquietud por no ocasionar perjuicios, la dualidad consumidor/paciente, y el equilibrio entre las necesidades de diferentes grupos de pacientes y la autonomía profesional.

Al comparar los diferentes grupos de clínicos/administradores, los médicos seguían manteniendo una práctica clínica activa simultáneamente con las responsabilidades administrativas, mientras que los otros clínicos/administradores tenían menos probabilidades de participar en la práctica clínica directa aunque interactuaban diariamente con los enfermos y sus familias mientras administraban los recursos clínicos. Es difícil determinar hasta qué punto es realista esperar que los médicos continúen desempeñando ambas funciones.

Los grupos de discusión revelaron que los clínicos/administradores pudieron reconocer los problemas éticos y tratarlos en detalle. Los problemas surgieron a diversos niveles y representaban situaciones conflictivas para los participantes. Estos conflictos pueden explicarse partiendo de dos puntos de vista: uno sociológico —conflicto profesional-burocrático— y otro ético —conflictos del deber. Se aduce que cualquier respuesta institucional al conflicto percibido por los clínicos/administradores que desatienda los aspectos éticos y aquellos inherentes a la función corre el riesgo de resolver el problema solo momentáneamente. Los autores recomiendan que se reconozcan los aspectos éticos al inicio de cualquier proceso de cambio institucional, en particular los cambios en las estructuras orgánicas, y que se consideren regularmente como parte de la planificación estratégica, la puesta en práctica y la evaluación. Además, si bien la prevención o la disminución de la intensidad de los conflictos es la estrategia recomendada, dentro de la institución deben instaurarse mecanismos para la orientación y la educación con el fin de encarar los conflictos experimentados por los individuos así como por los grupos de trabajo.

Recientemente se encontró apoyo a tales mecanismos en la discusión de los resultados de una encuesta realizada entre los comités de ética de hospitales de todo el Canadá (Storch y Griener, 1992) que señala que la ética interviene en muchas de las áreas de la toma de decisiones administrativa y de gestión. Los autores afirman: “La determinación de las metas organizativas y de los objetivos y la asignación de recursos para lograr esas metas incluyen importantes aspectos éticos”.

También resultó evidente cierta renuencia de parte de los administradores de hospitales a involucrar al comité de ética en la toma de decisiones administrativas. El conflicto ético no se considera en general como un tema que merezca la atención institucional. Dado que pocos administradores reciben adiestramiento en ética, esta suele considerarse como un asunto de etiqueta o de valores personales. Empero, muchas instituciones han creado comités de ética de hospital pero, como indican Storch y Griener (1992), es poco probable que dichos comités consideren que los conflictos experimentados por los clínicos/administradores en la asignación de recursos formen parte de su mandato. Pero si los administradores de hospitales quieren que se preste atención al diálogo sobre la ética y a la

toma de decisiones a todos los niveles de la organización, tendrán que facilitar la comunicación acerca de las consecuencias éticas de las decisiones tomadas por la Junta Directiva.

## REFERENCIAS

- Barrable, W. 1988. A Profile and Educational Framework for Physician Managers in a Teaching Hospital. *J Health Ad Educ* 6(1):23-38.
- British Columbia Royal Commission on Health Care and Costs. 1991. *Closer to Home*, Volume 1. Summary of the Report. Victoria, Canadian Council on Health Facilities Accreditation.
- Evans, J. 1987. *Toward a Shared Direction for Health in Ontario: Report of the Ontario Health Review Panel*. Toronto, Queen's Printer.
- Gallant, C. 1989. *The Report of the Nova Scotia Royal Commission on Health Care: Toward a New Strategy*. Halifax, Nova Scotia, Government Bookstore.
- Harrigan, M.L. 1992. *Quality of Care: Issues and Challenges in the 90's: A Literature Review*. Ottawa, Canadian Medical Association, p. 43.
- Hastings Center Report. 1982. A Survey of Medical Ethics: From Truth-telling to AID. *The Hastings Center Report*: 12(2): 2-3.
- Hyndman, L. 1989. *The Rainbow Report: Our Vision for Health: Premier's Commission of Future Health Care for Albertans*. Edmonton, Queen's Printer Bookstore.
- Leatt, P., Fried, B. y Deber, R. 1992. Regulatory Intensity and Medical Staff Organization in Canadian Hospitals. (Se publicará en Health Services Management Research.)
- Leatt P., Sharkey, S., Zagar, L. y Meslin, E. 1991. *Perspectives on Physician Involvement in Resource Allocation & Utilization Management: An Annotated Bibliography*. University of Toronto, Hospital Management Research Unit.
- Lemieux-Charles, L. 1989. *Hospital Physician Integration: The Influence of Individual and Organizational Factors*. Tesis inédita. Department of Health Administration, University of Toronto, Toronto, Ontario.
- Lemieux-Charles, L., Meslin, E., Aird, C., Baker, R. y Leatt, P. 1992. *Ethical Issues Faced by Clinician/Managers in Resource Allocation Decisions: An Exploratory Study from a Canadian Teaching Hospital*. Department of Health Administration. Toronto, University of Toronto. Artículo inédito.
- Lo, Bernard y Schroeder, Steven, A. 1981. Frequency of Ethical Dilemmas in a Medical Inpatient Service. *Arch Intern Med* 141: 1062-64.
- Myers, T., Leatt, P. y Bonus, W. 1986. An Approach to the Assessment of Learning Needs for Physician-Managers. *J Health Ad Educ* 4(4): 629-643.
- Perez, E. y Russell, J. Training in Administration for Senior Psychiatric Residents. *Annals CRMCC* 20(7): 518-520.
- Report of the Steering Committee, Public Hospitals Act Review. Febrero de 1992. Into the 21st Century: Ontario Public Hospitals. Ontario, Queen's Printer.
- Ruelas, E. y Leatt, P. 1985. The Roles of Physician-Executives in Hospitals: A Framework for Management Education. *J Health Ad Educ* 3:151-170.
- Spasoff, R. 1987. *Health for All Ontario: Report of the Panel for Health Care Goals for Ontario*. Toronto, Queen's Printer.
- Stuart, N. y Sherrard, H. 1987. Managing Hospitals From a Program Perspective. *Health Management Forum*, pp. 53-63.

# **L**LA ENFERMERIA EN ACCION— LA EXPERIENCIA DE ALBERTA

*Sharon E. Snell,<sup>1</sup> Suzanne Clark<sup>2</sup> y Sara Wright<sup>3</sup>*

---

## **INTRODUCCION**

Los cambios que se están produciendo en la atención de salud en Alberta proporcionan a las enfermeras una oportunidad de jugar un papel de importancia y trabajar en apoyo de esos cambios. Se recurre a las enfermeras debido a su singular capacidad para reformular, reestructurar y redefinir las funciones con el fin de progresar hacia una nueva visión de los servicios de salud para los habitantes de Alberta. Esta reforma del sistema de atención de salud es un proceso que se lleva a cabo no solo en el Canadá sino también en todo el Hemisferio americano y en el Tercer Mundo. Muchos de los temas, tanto generales como los específicos de la enfermería, son universales. La necesidad de esclarecer estos temas y definir las estrategias y consecuencias para la enfermería son un punto central del debate sobre la reforma de la atención de salud.

La complejidad de la “enfermería” y del “ejercicio de la enfermería” no ha sido bien definida o comprendida, en parte por las propias enfermeras así como por otros profesionales de la atención de salud, los gobiernos, el público y los consumidores. Esta falta de claridad y comprensión reviste una importancia considerable debido a que las enfermeras representan el mayor grupo de profesionales de la atención de salud. Para aprovechar al máximo la contribución de la enfermería al sistema de salud en su conjunto, se debe valorar a las enfermeras, y estas deben estar dispuestas a ocupar el lugar que les corresponde y a expresar sus puntos de vista. Las enfermeras necesitan estímulo para valorarse a sí mismas y para participar en la toma de decisiones. Solo mediante la elaboración y el for-

---

<sup>1</sup> Consultora Provincial en Enfermería, Ministerio de Salud de Alberta.

<sup>2</sup> Coordinadora de Proyecto, Plan de Acción Provincial de Enfermería en Alberta.

<sup>3</sup> Coordinadora de Proyecto, Comité Consultivo para Mejoramiento en el Trabajo, Alberta.

talecimiento de estructuras y procesos que reconozcan, legitimen y faculten a las enfermeras se harán realidad las oportunidades del futuro. Las enfermeras han de trabajar en colaboración con otras personas para determinar su contribución y potencial singulares.

La tradición y las prácticas del pasado se están cuestionando. La realidad socioeconómica en Alberta y en el Canadá requiere un análisis crítico de valores en un momento en que las organizaciones tanto públicas como privadas luchan por sobrevivir. Los gobiernos también están tratando de reestructurarse, de ser más responsables y flexibles para satisfacer las necesidades públicas. Las personas y organizaciones de todo tipo se ven obligadas a examinar el papel que les corresponde desempeñar en el futuro sistema. El presente artículo trata acerca del enfoque adoptado por la provincia de Alberta para promover la cooperación, la innovación, la responsabilidad y el patrocinio compartidos en el enfoque y la resolución de los problemas relacionados con la naturaleza evolutiva del ejercicio de la profesión, la calidad de las condiciones de trabajo y las necesidades educativas de las enfermeras de Alberta.

## **EL CAMBIO SE PONE EN MARCHA**

Hace cuatro años, el descontento creciente de las enfermeras con el sistema de atención de salud de Alberta culminó con la medida de fuerza de enero de 1988. El comportamiento militante de las enfermeras de hospital sindicalizadas, que emprendieron una huelga ilegal de 19 días, fue una válvula de escape para las inquietudes de muchas otras enfermeras. Dichas inquietudes parecían señalar un problema más importante, a saber, que "las enfermeras piensan que tienen poca influencia en las decisiones importantes que inciden en sus actividades cotidianas". Esto no concordaba con la esencia misma de la enfermería, que es la de apoyar y alentar a las personas en todos los aspectos de su vida.

El Primer Ministro de Alberta se reunió con un pequeño grupo de enfermeras y, a partir de ese momento, le dio a la Comisión del Primer Ministro sobre Atención de Salud Futura para los Habitantes de Alberta el mandato que examinara las preocupaciones de las enfermeras. La Comisión oyó numerosas presentaciones de enfermeras y de otros grupos relacionados con la salud y llegó a la conclusión de que muchas de las inquietudes no eran exclusivas de las enfermeras; sino que se manifiestan en todo el sistema de salud y son comunes en organizaciones complejas donde se requiere la colaboración de los trabajadores organizados y la administración. Era evidente que, a pesar de mejoras importantes en los salarios y beneficios desde 1976, las enfermeras de Alberta no estaban satisfechas con el papel que les tocó.

La Comisión del Primer Ministro emitió un informe provisional, *Atención y compromiso, inquietudes de las enfermeras en los hospitales y casas de convalecencia* (junio de 1988). El gobierno respondió a estas recomendaciones en diciembre de 1988 anunciando las Iniciativas de Enfermería del Primer Ministro, y se adjudicó \$7,5 millones por año, durante un período de cuatro años, para brindar apoyo fiscal a un cierto número de iniciativas clave. Estos fondos representan no solo un compromiso financiero sino, lo que es más importante, el compromiso del gobierno para con procesos que facilitan y fortalecen la comunicación, la resolución activa de problemas y la confianza, y también la creación de oportunidades para que el personal elemental de enfermería participe en la toma de decisiones.

En febrero de 1990, Sharon Snell pasó a ser la primera Consultora Provincial de Enfermería en la historia de Alberta. Esta designación fue un factor clave que permitió que las enfermeras alcanzaran un progreso importante en la identificación y el abordaje de cuestiones e inquietudes que incidían en las condiciones de trabajo, la educación y la planificación de la fuerza laboral de las enfermeras. El mandato de la Consultora Provincial de Enfermería es el siguiente: desarrollar y coordinar la ejecución de las iniciativas de enfermería; establecer contacto con los grupos clave de enfermería; realizar monitoreo de los temas de enfermería relacionados con el servicio, la educación, la legislación y la investigación; y proporcionar asesoramiento a funcionarios de alto nivel del Ministerio de Salud de Alberta en todo lo relativo a la enfermería. Los proyectos y las propuestas originados como parte de las Iniciativas de Enfermería del Primer Ministro o además de ellos contribuyen al logro de tres objetivos:

- Promover actividades formativas y de apoyo de las enfermeras, permitiéndoles asumir una mayor responsabilidad, ser más flexibles y estar más capacitadas en calidad de participantes de un equipo, de dirigentes y de ejecutivas en la planificación y prestación de servicios de salud.
- Mejorar el reconocimiento y valor que las propias enfermeras, otros proveedores del servicio de salud y el público confieren a la enfermería.
- Establecer, estimular y promover el uso de sistemas que permitan un empleo óptimo de las enfermeras en la planificación y prestación de servicios de salud en las esferas de educación, ejercicio de la profesión, investigación y administración, y reforma del sistema de salud.

Para alcanzar estos objetivos fue necesario promover innovaciones al nivel local, regional y provincial. La colaboración con las enfermeras y otro personal afín ha sido un factor esencial del diseño y ejecución de los procesos de cambio.

Algunas de las iniciativas y proyectos relacionados con la enfermería en Alberta son los siguientes:

- Financiar horas adicionales de licencia para las enfermeras en casas de convalecencia y hospitales para que puedan asistir a actividades educativas.
- Satisfacer las necesidades de las enfermeras en cuanto a la atención crítica de adultos mediante la expansión de cursos conducentes a certificados terciarios en atención crítica de adultos.
- Promover la educación en enfermería gerontológica mediante la actualización del contenido y la provisión de un programa de enfermería gerontológica terciario que otorgará créditos universitarios.
- Facilitar la educación continua ampliando el acceso a estudios de posgrado mediante programas de extensión universitaria y educación a distancia con otorgamiento de títulos.
- Presentar modelos colaborativos para programas educativos universitarios en enfermería ofrecidos a través de las facultades y los hospitales docentes y las universidades.
- Establecer programas de equivalencias para que las auxiliares de enfermería habilitadas puedan tener acceso a los programas de enfermería con habilitación y para que las enfermeras psiquiátricas habilitadas se acoplen a un programa de posgrado en enfermería.
- Proyectar futuros planes de estudio y programas educativos en enfermería psiquiátrica y salud mental.
- Iniciar el primer Programa de Doctorado en Enfermería en el Canadá en la Universidad de Alberta.
- Elaborar el componente de datos de enfermería del sistema de información administrativa que describirá los servicios de enfermería, y determinará las necesidades y el empleo de los recursos de enfermería.
- Facilitar la participación en la toma de decisiones mediante el nombramiento de enfermeras de planta para ocho juntas de hospitales provinciales y alentar la participación de las enfermeras en la toma de decisiones a todo nivel en sus ámbitos de trabajo.
- Realizar por medio de una encuesta, un estudio con base en la comunidad de las condiciones de trabajo de las enfermeras que prestan servicios de atención a domicilio, salud comunitaria, salud ocupacional y salud mental comunitarias, recogiendo sus inquietudes.
- Abordar el tema de la prevención de riesgos laborales relacio-

nados con el problema del control de las infecciones, mediante la elaboración de normas y material educativo que ayuden a prevenir y promover la seguridad y el bienestar del personal y los residentes.

- Efectuar un estudio de investigación sobre las heridas provocadas por agujas que afectan a las enfermeras empleadas en los ámbitos institucionales y comunitarios de Alberta.

Este breve resumen de proyectos proporciona una idea general del conjunto de medidas que se adoptan para mejorar el ejercicio de la enfermería. Además de los proyectos mencionados, quisiéramos subrayar dos importantes proyectos provinciales en marcha que influyen en la calidad de las condiciones de trabajo presentes y futuras de las enfermeras de Alberta. El primero, denominado Fondo de Perfeccionamiento del Trabajo, financia proyectos y enfoques innovadores en las organizaciones y entre ellas. El segundo, llamado Plan de Acción Provincial de Enfermería, es un proyecto trienal cuyo objetivo es abordar las cuestiones relativas a la enfermería en las esferas de la planificación del personal, la educación y las condiciones de trabajo.

## **FONDO DE PERFECCIONAMIENTO DEL TRABAJO**

El Fondo de Perfeccionamiento del Trabajo, una de las iniciativas de enfermería del Primer Ministro, se anunció inicialmente en diciembre de 1988 en respuesta a las preocupaciones acerca de la calidad de las condiciones de trabajo expresadas por las enfermeras de Alberta. Es un proyecto de cuatro años, con dos millones de dólares por año para financiar proyectos piloto, con costos compartidos, en hospitales, casas de convalecencia, unidades de salud comunitaria y clínicas de salud mental. El Ministro de Salud designó un Comité Asesor del cual forman parte representantes de los profesionales y de los empleadores del sector salud para administrar dicho fondo.

Se han financiado más de 200 proyectos diferentes que abordan las siguientes áreas temáticas relativas a las condiciones de trabajo en enfermería: aportes a la toma de decisiones; formación de equipos y comunicación; reconocimiento profesional del conocimiento, aptitudes y capacidades; servicio de guardería, control del volumen de trabajo; manejo del estrés; elaboración de programas de trabajo, y tareas no relacionadas con la enfermería (Cuadro 1).

En respuesta a propuestas recibidas en los dos primeros años del Fondo y a la rápida transformación de las actividades de la atención de salud, el Comité Asesor de Perfeccionamiento del Trabajo estableció prioridades en las propuestas para 1991–1992. Como resultado, se produjo

**CUADRO 1. Número de proyectos de perfeccionamiento del trabajo, financiados por áreas temáticas.**

	1989-1991	1991-1992	1992-1993
<b>Tema</b>	(2 años)	(1 año)	(1 año)
Toma de decisiones	5	5	8
Formación de equipos	1	11	25
Reconocimiento profesional	57	33	20
Servicio de guardería	5	1	1
Control del volumen de trabajo	4	1	0
Control del estrés	5	7	6
Programación	4	1	0
Prevención de riesgos	3	1	3
Tareas no relacionadas con la enfermería	1	0	0
	85	60	63

un cambio en el financiamiento para los dos últimos años de la iniciativa hacia proyectos de perfeccionamiento del trabajo dirigidos a los dos temas de mayor prioridad sobre las condiciones de trabajo identificados en las propuestas: aportes a la toma de decisiones y formación de equipos.

Los proyectos aprobados sobre toma de decisiones son, entre otros, los siguientes: modelos de dirección en enfermería, un proyecto de toma de decisiones de carácter ético, proyectos de demostración relativos a la aplicación de las conclusiones de investigaciones sobre enfermería y proyectos que capaciten al personal de enfermería para participar mejor en la toma de decisiones y como líderes. Muchos de los proyectos aprobados de formación de equipos de trabajo se han concentrado intensamente en el aspecto clínico y promueven la comunicación y colaboración entre las diversas disciplinas, estructuras y organismos de salud. Otros se han concentrado prioritariamente en el perfeccionamiento de aptitudes para una mejor participación en el trabajo en equipo.

Incluso con el cambio en las prioridades y el financiamiento, el mayor componente de solicitudes al Fondo de Perfeccionamiento del Trabajo sigue siendo el de la categoría del reconocimiento profesional. Muchas de estas solicitudes se refieren a las necesidades básicas de perfeccionamiento y educación continua del personal. Aun cuando los proyectos aprobados en la categoría de reconocimiento profesional se concentran principalmente en el perfeccionamiento del trabajo de las enfermeras, el producto final en cada caso es un servicio mejorado. Además de los proyectos de educación permanente, han habido algunos otros proyectos innovadores de reconocimiento profesional como, por ejemplo, enfermeras parteras, escalafón clínico y progreso profesional.

Entre las iniciativas de atención a los niños figuran las de apoyo para estudios de factibilidad y de costos de puesta en marcha de guarderías, listas en corto tiempo, a disposición de las personas que trabajan por tandas. Los proyectos de la categoría de control del estrés son de índole diversa: proyectos de seguimiento de instancias de trauma, adaptación al trabajo por tandas, empleo del humor, retiros para el personal donde se puedan debatir las definiciones y respuestas al abuso de que sea objeto el personal, y un programa de perfeccionamiento individual para todo el personal. La mayoría de los proyectos aprobados en la categoría de prevención de riesgos tratan sobre el tema de abuso al personal.

El Comité Asesor de Perfeccionamiento del Trabajo ha reconocido las limitaciones económicas crecientes, la rápida transformación del sistema de salud y la presión resultante sobre la función de las enfermeras y de otros profesionales de la salud. En respuesta a estas limitaciones económicas, el Comité Asesor se ha mostrado bastante flexible en su definición de lo que constituye el perfeccionamiento del trabajo y en su negociación de los costos compartidos. Sin embargo, se ha hecho un creciente hincapié en ciertos requisitos de formulación de propuestas. En particular, se ha fortalecido el requisito de contar con participación evidente del personal de enfermería en el marco prioritario de los temas de perfeccionamiento del trabajo, así como comprobación de una amplia consulta y apoyo de las organizaciones (aparte de las de enfermería) a la propuesta presentada. Otro criterio sobre el que se hace cada vez más énfasis es la aplicación universal: la elaboración de materiales, procesos o productos que puedan ponerse de inmediato a la disposición de otros a un costo limitado. También se ha promovido y apoyado la colaboración entre grupos de organismos.

Existe el requisito de presentación de informes de progreso y un informe de evaluación final (como componentes planificados de cada proyecto financiado), junto con un compromiso de publicar los resultados del proyecto. Más de 20 proyectos financiados por el Fondo de Perfeccionamiento del Trabajo fueron seleccionados para presentación en febrero de 1992 a la Conferencia de la Asociación de Atención de Salud de Alberta en Calgary, Alberta, que fuera copatrocinada por el Comité Asesor de Perfeccionamiento del Trabajo. Se organizará una futura conferencia para poner de relieve los resultados de otros proyectos de perfeccionamiento del trabajo. El Comité Asesor también ha elaborado criterios de evaluación desde una perspectiva provincial y tiene proyectado realizar una evaluación independiente de la iniciativa de Perfeccionamiento del Trabajo.

No existe ningún plan para extender el Fondo de Perfeccionamiento del Trabajo más allá del marco cuadrienal, que termina con el fondo de 1992-1993. Aun cuando muchas de estas iniciativas no podrían haber tenido lugar sin un financiamiento especial del proyecto, en otros organismos han habido muchos proyectos similares sin financiamiento especial.

Se espera que los resultados alcanzados gracias a los más de 200 proyectos financiados por la iniciativa de Perfeccionamiento del Trabajo sirvan de prueba de la necesidad de transformar fundamentalmente nuestra forma de hacer las cosas. Muchos de los proyectos de perfeccionamiento del trabajo financiados promueven cambios en las prácticas, actitudes y prioridades de la administración y del personal, cambios que no solo perfeccionarán el trabajo sino que, además, serán eficaces en función del costo y responderán al mejor interés del público.

El Comité Asesor está considerando estrategias de perfeccionamiento y ejecución que mantendrían los beneficios de la iniciativa del Perfeccionamiento del Trabajo más allá de la vida del fondo. Entre tales estrategias cabe mencionar, por ejemplo, un centro de recursos para identificar y compartir experiencias e información relacionadas con la calidad de las condiciones de trabajo, un centro de distribución de información para mantener y distribuir los materiales elaborados con donaciones de la iniciativa de Perfeccionamiento del Trabajo, y programas de extensión educativa. Este trabajo se iniciará con amplia consulta.

## **PLAN DE ACCION PROVINCIAL DE ENFERMERIA**

Esta iniciativa de planificación estratégica a nivel provincial tiene por objetivo general facilitar, dentro de un marco de tres años, la elaboración y ejecución de un plan de acción concentrado en tres esferas clave identificadas en enfermería, a saber, la planificación de personal, educación y condiciones de trabajo. El Proyecto se ha concentrado en prever futuras necesidades de atención de enfermería de los habitantes de Alberta y en facilitar la elaboración y ejecución de planes orientados a la utilización eficaz de los recursos de los servicios de salud y de enfermería.

El proyecto incluye a un amplio grupo de profesionales afines, principalmente enfermeras. El Comité de Orientación, coalición voluntaria integrada por 16 organizaciones, agrupa a asociaciones profesionales para enfermeras habilitadas, enfermeras psiquiátricas habilitadas y auxiliares de enfermería habilitadas, sindicatos de enfermeras, empleadores, educadores y administradores del sector enfermería, médicos, consumidores y el gobierno. Su función ha sido movilizar y coordinar la elaboración y ejecución del plan y facilitar el debate con otros colegas clave en el sistema de atención de salud. Con el fin de facilitar una participación de base más amplia por parte de las enfermeras y otras personas, se constituyeron tres Equipos de Actividades que agrupan a casi 200 participantes de toda Alberta. Los equipos tienen a cargo la elaboración de un plan de acción, incluida la identificación de elementos clave para una visión del futuro de la enfer-

mería y especificación de las acciones y estrategias que se requerirán para encaminar a las enfermeras hacia este futuro ideal.

Esta es una asociación algo peculiar, incluso en el Canadá, ya que se trata del primer proyecto con una base tan amplia de representación de enfermeras y que emplea un enfoque de coalición voluntaria para el logro de sus metas. Existe un firme compromiso de todas las organizaciones participantes a actuar, lo que constituye un acicate para llegar a consenso o acuerdo sobre temas y estrategias.

Desde la primavera de 1990, el Comité de Orientación ha estado trabajando de forma mancomunada para elaborar un marco de acción, garantizar recursos y movilizar apoyo y compromiso para el plan. Un elemento primordial de este proceso ha sido el de cimentar una base de confianza y buena voluntad para trabajar juntos en pos del consenso en torno a las diversas cuestiones. A medida que el proyecto prosigue, el Comité ha cambiado su enfoque de trabajo para abordar la manera en que las principales cuestiones de la reforma del sistema de salud —incluidos los enfoques sobre financiamiento, remuneración y organización de la provisión del servicio, y las funciones de los profesionales de la atención de salud— incidirán en el derrotero de la enfermería en el futuro. Este trabajo nos ha llevado a colaborar con los oficiales clave para debatir tendencias y temas.

Los equipos de actividades comenzaron en septiembre de 1991 y están a punto de concluir la primera fase de su trabajo, el cual se ha concentrado en la formulación de un plan provisional de acción. El equipo de planificación del personal se encarga de especificar los tipos modelo de prestación de atención de salud, posibles funciones para las enfermeras y relaciones entre las enfermeras y otros prestadores que serán apropiadas para el futuro. Algunos temas que surgen de su trabajo apoyan la participación de los pacientes y de la comunidad así como la idea de determinar mutuamente las necesidades y prioridades. También apoyan un mayor enfoque comunitario en la prestación del servicio, cambios fundamentales de las metas, de las estructuras y de los procesos que permitan hacer hincapié en la atención primaria de salud en la prestación del servicio y en el establecimiento de centros de salud comunitarios o redes regionales para la provisión del servicio. Se están explorando las posibilidades de que las enfermeras sean una alternativa de ingreso al sistema de atención primaria de salud. La labor de estos equipos también indica que las enfermeras continuarán desempeñando un papel importante en la coordinación de la atención, que deben actuar como consultoras y estar preparadas para la práctica especializada, sin perder de vista su misión primordial de prestadoras de la atención de enfermería. La decisión en cuanto al nivel de enfermería que prestará el servicio dependerá de las necesidades del cliente y de la complejidad de dichas necesidades. En el futuro, las relaciones entre

las enfermeras y otros miembros del equipo de atención de salud tendrán que ser colegiados y deberán reflejarse en más enfoques de grupo o equipo para la prestación de la atención.

El equipo de educación está a cargo de determinar un marco para la educación en enfermería que capacite adecuadamente a las enfermeras con el fin de que satisfagan los requisitos del ejercicio futuro de la profesión, y que promueva la movilidad educacional entre los distintos niveles de la enfermería. Se espera que ello producirá la formulación de un plan progresivo, flexible e integral destinado a todo el personal de enfermería para educación básica, clínica, de orientación, continua y posbásica. La concentración, o el énfasis, se pone en la formulación de una amplia gama de planes de estudio y oportunidades clínicas apropiados que preparen a las enfermeras para el ejercicio de la profesión en una amplia variedad de situaciones. Se está considerando la importancia de establecer normas para los programas de educación y preceptoría, así como las oportunidades para una futura elaboración de programas que permita la educación interdisciplinaria a través de un núcleo de cursos o programas fundamentales. Esto se considera esencial para promover el ejercicio interdisciplinario de la disciplina de enfermería.

El equipo de condiciones de trabajo tiene a su cargo definir medidas y estrategias que mejoren la calidad de las condiciones y sistemas de trabajo, que faciliten la utilización eficaz de los recursos, que promuevan y mejoren la satisfacción de las enfermeras, y que coadyuven a la obtención de resultados de calidad de la atención. Un tema central del debate es la necesidad de reconocer la importancia de la autonomía profesional y de promover la participación de las enfermeras en la toma de decisiones y en la formulación de políticas a todo nivel. Se considera esencial valorar a las enfermeras como miembros del equipo de salud, con participación efectiva en la práctica interdisciplinaria. Los temas de la comunicación en el plano laboral constan de dos aspectos clave, incluida la comunicación con las propias colegas enfermeras y también la necesidad de aumentar la colaboración en la formulación interdisciplinaria de planes de atención, registros e informes, y el empleo de un modelo holístico centrado en el cliente. Tendrán que armonizarse la necesidad de una planificación vocacional y el ejercicio de las opciones y aprovechamiento de oportunidades que permitan el progreso y perfeccionamiento. Los sistemas laborales necesitan permitir una dotación flexible de personal y un mejor equilibrio entre las funciones profesionales y personales, y apoyar el aprendizaje y perfeccionamiento profesional, así como reducir al mínimo las ineficiencias existentes como, por ejemplo, en la documentación, la recopilación de datos y la elaboración de informes. Necesitan evaluarse y garantizarse en el futuro la importancia de los programas de prevención de riesgos en el trabajo y los de salud que se concentran en el mejoramiento de la calidad, los recursos

de guarderías de la vecindad y en un apoyo especial a los diferentes grupos de edad.

Después de la elaboración de un informe provisional, se llevarán a cabo consultás con los grupos interesados y se celebrarán conferencias para divulgar la información, debatir temas y prioridades, y conseguir un compromiso para con el plan de acción. El informe final se elaborará en diciembre de 1992. Las actividades y la ejecución pueden producirse en forma simultánea durante toda la elaboración del informe provisional al informe final. En la medida de lo posible, para movilizar el plan se apelará a las enfermeras que han participado en el proceso hasta la fecha, así como a otras enfermeras en los ámbitos locales y regionales.

En respuesta a la pregunta de cómo contribuirá el PNAP<sup>4</sup> a resolver las inquietudes urgentes de las enfermeras, pendientes desde hace tiempo, un participante declaró: "Por primera vez hacemos que participen las bases de enfermería procedentes de todo el espectro de la atención de salud; seguimos la orientación que nos proporcionan para planificar el futuro de la enfermería, con base en las necesidades de la comunidad".

## **CONCLUSION**

Las prioridades, acciones y estrategias establecidas en Alberta no son exclusivas de esta provincia. La naturaleza del cambio y la innovación es tal que no se puede ser un líder en todas las esferas. Alberta procura obtener información y conocimiento de los éxitos y fracasos de otras jurisdicciones. A cambio, esperamos que nuestra dirección de los proyectos e iniciativas sirva de ayuda o de apoyo a otros en su búsqueda de la estrategia o enfoque correcto.

Muchas de las iniciativas necesitan reformularse o adaptarse a cada nueva situación o a medida que varía el contexto para la acción. Lo que importa es participar activamente en el proceso del cambio y promover una amplia participación con el fin de determinar la naturaleza de los procesos de cambio ideales. En Alberta, la experiencia de "poner a la enfermería en marcha" no es sino el comienzo. Es un proceso al que debemos comprometernos en el curso del tiempo, desafío al que están respondiendo las enfermeras de Alberta de forma novedosa.

---

<sup>4</sup> Las siglas originales del Plan de Acción Provincial de Enfermería.

# RESEÑAS

---

## CAPACITACION DEL MEDICO EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION—INFORME DE LA REUNION DE UN GRUPO DE ESTUDIO<sup>1</sup>

Alicia Amate<sup>2</sup>

---

### INTRODUCCION

En octubre de 1969, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reunió a un Grupo de Estudio sobre Capacitación de Especialistas en Medicina Física y Rehabilitación<sup>3</sup> cuyo informe final fue de mucha utilidad en años posteriores para fomentar la formación de médicos en medicina física y rehabilitación en América Latina.

El desarrollo alcanzado por la rehabilitación en las últimas décadas ha hecho necesario revisar y actualizar estas orientaciones y por este motivo la OPS convocó un nuevo Grupo de Estudio, el cual se reunió en Barquisimeto, Venezuela, del 16 al 18 de noviembre de 1988. A continuación se enumeran los participantes en dicha Reunión:

Abbo, Samuel (Venezuela)  
Arvelo, José (Venezuela)  
Carpio, Régulo (Venezuela)

---

<sup>1</sup> El Grupo de Estudio, responsable de este Informe, estuvo constituido por los profesionales que se indican en la Introducción del documento.

<sup>2</sup> Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

<sup>3</sup> Organización Panamericana de la Salud. *Publicación Científica* 213. Washington, D.C., 1970.

Cruz, Roberto (Guatemala)  
García, Rafael (República Dominicana)  
Ibarra, Luis (México)  
León, Kleber (Venezuela)  
Li Mau, Luis (Argentina)  
Paolinelli, Livio (Chile)  
Pérez de Velázquez, Alcida (Venezuela)  
Prado, Omaira (Venezuela)  
Restrepo, Ricardo (Colombia)

## MARCO DE REFERENCIA

En América Latina todos los países han reconocido a la medicina física y rehabilitación o medicina de rehabilitación como una especialidad médico-clínica y desde la década de los años cincuenta en adelante, elaboraron y ejecutaron programas de capacitación de posgrados universitarios y residencias médicas de la especialidad.

Sin embargo, la mayoría de estos programas de formación y perfeccionamiento hacen énfasis en acciones sobre las deficiencias físicas, sin atender en igual medida los aspectos psicosociales de la persona discapacitada.

El número de médicos especialistas en la Región oscila alrededor de los 2500, es decir que escasamente se llega a la mitad del cálculo estimado para cubrir las necesidades actuales.

La especialidad ha sufrido modificaciones y aún experimentará mayores cambios, como consecuencia de tendencias que abarcan factores de distinta índole.

Por otro lado, aun cuando en América Latina hay países con programas de rehabilitación incluidos en sus planes de salud, en muchos de ellos los programas han tropezado con dificultades para su expansión y en unos pocos se encuentran todavía en etapa incipiente. Se consideró que la responsabilidad primaria en rehabilitación corresponde al sector salud, y que en general los servicios y programas actuales no se adecúan a las necesidades de los países. Los servicios de rehabilitación existentes son de poca cobertura y alto costo; no existe una real participación de la familia y de la comunidad en el proceso de rehabilitación, y es escaso el interés de esta especialidad por la investigación, tanto básica y clínica como operativa, realizada con frecuencia por especialidades afines.

Se destacó el gran avance tecnológico de la especialidad debido a la utilización de métodos y sistemas electrónicos, biomecánicos, de computación y farmacológicos, cuyo costo hace difícil su utilización y generalización en los países de América Latina.

Al mismo tiempo se reconoció que la tendencia evolutiva de la

población se ve influida por múltiples factores: demográficos, epidemiológicos, tecnológicos y por la disponibilidad de servicios y recursos. Por lo tanto, el futuro de la especialidad implica un gran desafío dado el incremento masivo en el número de personas discapacitadas previsto para los decenios inmediatos, la cooperación constante que otras especialidades requieren y por su amplio campo de acción al comprender, como pocas especialidades médicas, todos los aspectos del ser humano.

Se destacó la importancia de las ciencias del comportamiento en la práctica de la rehabilitación y la conveniencia de incorporar la epidemiología en la programación y desarrollo de los servicios.

Por todo ello se consideró necesario introducir en los planes de formación de los médicos fisiatras, las modificaciones que faciliten formar especialistas de acuerdo con las necesidades actuales y del futuro mediano, con criterios de excelencia científica y con énfasis en el alto contenido social de la especialidad.

## **PERFIL PROFESIONAL DEL MEDICO FISIATRA**

### **Definición**

El *perfil profesional* representa el conjunto de tareas y acciones que el médico fisiatra debe ser capaz de ejecutar en su campo de trabajo, una vez concluido el proceso educativo de posgrado en medicina física y rehabilitación. Es la base fundamental del proceso educativo. Este perfil profesional comprende tres categorías:

- 1) *Ocupacional*: Describe las actividades y tareas típicas propias de su especialidad, acorde con las políticas generales de salud del país.
- 2) *Académico*: Comprende los conocimientos, las habilidades, destrezas y actitudes que debe poseer el médico fisiatra al concluir su residencia.
- 3) *Psicológico*: También llamado de personalidad o de características personales deseables en el individuo que va a ejercer la especialidad de medicina física y rehabilitación.

*El perfil ocupacional* comprende las siguientes actividades: administrativas, asistenciales y docentes.

### **Actividades administrativas**

1. Planificar, ejecutar, supervisar y evaluar los programas de atención de salud en rehabilitación médica en forma integral de acuerdo con

la demanda y los recursos con la mayor eficacia y eficiencia, con el propósito de lograr la más amplia cobertura y un alto rendimiento.

2. Planificar, ejecutar, supervisar y evaluar los programas de capacitación para el personal médico y paramédico.
3. Planificar las actividades del personal médico y paramédico bajo su dirección.
4. Supervisar y evaluar las actividades realizadas por el equipo médico y paramédico a su cargo.
5. Aplicar los sistemas de registros e información estadística que le permitan mantener actualizado el perfil epidemiológico de las discapacidades.
6. Planificar, supervisar y evaluar el proceso de mantenimiento del equipo y material usado en los servicios de medicina física y rehabilitación.
7. Elaborar presupuestos-programas, y utilizarlos adecuadamente en los servicios de medicina física y rehabilitación.

### ***Actividades asistenciales***

Es el conjunto de acciones y tareas que debe saber realizar el médico especialista egresado del curso de posgrado en medicina física y rehabilitación, para la promoción y protección de la salud, el diagnóstico y la terapia temprana de la deficiencia, discapacidad, minusvalía y la integración social del individuo. Para esto, el médico especialista debe considerar al hombre como una unidad bio-psicosocial al proporcionar atención en el campo de la rehabilitación al individuo y la familia.

Para el logro de la integración social del individuo, se debe incentivar y concientizar a la comunidad sobre la importancia de su participación en los programas de rehabilitación.

El médico especialista comparte responsabilidades con otros miembros del equipo de rehabilitación, delegando tareas específicas en beneficio de la mejor atención del deficiente, discapacitado y minusválido.

Las actividades que debe realizar el especialista son:

1. Diagnosticar deficiencias, discapacidades y minusvalías.
2. Solicitar los estudios complementarios a realizarse de acuerdo con el diagnóstico presuntivo, en forma racional.
3. Jerarquizar las etapas a cumplirse en la terapia de pacientes ambulatorios y hospitalizados.
4. Solicitar las consultas de otros especialistas según las necesidades del paciente.
5. Elaborar programas de atención que conlleven a una ampliación de la cobertura de atención.
6. Establecer la situación epidemiológica de las deficiencias, dis-

capacidades y minusvalías en la comunidad con la ayuda de otros miembros del equipo de rehabilitación.

7. Conocer el diagnóstico de la dinámica familiar de los pacientes deficientes, discapacitados y minusválidos.

8. Jerarquizar la atención de los distintos problemas en los pacientes deficientes, discapacitados y minusválidos.

9. Asumir la responsabilidad de las conductas terapéuticas y la evaluación de las discapacidades y minusvalías que ha diagnosticado.

10. Orientar al grupo familiar de los pacientes que están bajo su responsabilidad.

### **Actividades docentes**

1. Perfeccionamiento continuo a través del aprendizaje independiente.

2. Docencia en pre y posgrado.

2.1 Docencia para el personal paramédico.

2.2 Docencia para el paciente y la familia.

2.3 Docencia para la comunidad.

2.4 Docencia para el estudiante.

El *perfil académico* del agredado al culminar su proceso educativo debe consistir de un conjunto de conocimientos, destrezas perceptomotrices, actitudes y valores que le permitan un óptimo desempeño en la especialidad.

### **Area cognoscitiva**

En esta área el agredado en un nivel de interpretación y análisis debe conocer:

1. Las características de la población desde el punto de vista demográfico.

2. La magnitud de la población portadora de discapacidad, así como los factores causales más frecuentes en la población.

3. El proceso administrativo, sus etapas y operatividad dentro del concepto general de salud.

4. La organización y funcionamiento administrativo de un servicio de rehabilitación.

5. La estructura, organización, normas y funcionamiento de los servicios de salud a nivel local, nacional y regional.

6. La interpretación de los hallazgos clínicos y paraclínicos para la prescripción de un programa de rehabilitación.

7. Los conocimientos necesarios relacionados con la medicina física y rehabilitación en áreas básicas tales como: genética, inmunología, farmacología, terapéutica, epidemiología y estadística, metodología de la investigación y deontología médica.

8. Los aspectos relacionados con la rehabilitación general básica; anatomía funcional, fisiología, electrodiagnóstico, radiología, rehabilitación infantil, traumatología, ortopedia, reumatología, neurología, foniatría y trastornos de la comunicación, rehabilitación cardiaca.

9. Interpretar, analizar y aplicar los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía.

10. Todos los agentes físicos y procedimientos utilizados en la práctica fisiátrica.

11. Todos los aspectos relacionados con la fabricación de ortesis y prótesis y su indicación adecuada en cada caso.

12. Los principales trastornos de la comunicación humana, problemas del aprendizaje y retardo mental, y manejarlos adecuadamente.

13. Los aspectos más importantes de la rehabilitación cardiaca.

14. Nociones básicas de las ciencias relacionadas con la conducta y el comportamiento humano.

15. Nociones básicas sobre la etiología, patogenia, el diagnóstico y el tratamiento de rehabilitación de las discapacidades sensoriales.

16. Los factores etiológicos, patogénicos de diagnóstico y tratamiento de rehabilitación del niño con incapacidades múltiples.

17. Los procedimientos y las técnicas utilizados en la rehabilitación profesional.

18. Aspectos básicos de epidemiología y bioestadística.

19. La patología osteomuscular, nerviosa central y periférica.

20. Los estudios electrofisiológicos, biopsia de músculos y nervios con su indicación precisa.

21. La forma adecuada de planear y dirigir un proceso de investigación en rehabilitación, que le permita realizar actividades investigativas, epidemiológicas, clínicas y operativas.

### **Area de destrezas y habilidades perceptomotrices**

El egresado de los cursos de posgrado en medicina física y rehabilitación al culminar su proceso educativo debe tener habilidad y destreza para:

1. La realización de una historia clínica adecuada.

2. La realización de un examen físico completo, que incluya análisis de la marcha, test muscular y goniometría.

3. La realización de un estudio electrofisiológico, biopsia de músculo y nervio.
4. El reconocimiento y tratamiento de todas las alteraciones posturales y afecciones musculoesqueléticas.
5. El manejo de equipos tanto los de ayuda diagnóstica como los utilizados para tratamientos.
6. Desarrollar un programa de rehabilitación cardiaca vocacional.
7. Elaborar y realizar un programa de investigación en rehabilitación.
8. El manejo de índices de bibliotecas, anuarios, etc. para obtener y procesar información de importancia clínica y epidemiológica.
9. Realizar un trabajo comunitario.

### **Actitudes y valores**

El egresado de los cursos de posgrado en medicina física y rehabilitación al culminar su proceso educativo debe tener las siguientes actitudes y valores:

1. Sensibilidad social para reconocer la repercusión de la discapacidad en el individuo, familia y comunidad.
2. Actitud adecuada para el manejo de los casos a nivel comunitario.
3. Reconocimiento del hombre como un ser integrado en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales.
4. Respeto y consideración especial a las relaciones que se establecen con el paciente y con el equipo de trabajo, otros colegas y su comunidad.
5. Probidad y equidad en su ejercicio profesional que les garantice una actuación idónea, honesta, justa y sin discriminaciones raciales, económicas, religiosas, culturales o políticas.
6. Discreción y prudencia al momento de manejar y tratar los diferentes pacientes.
7. Reconocimiento de la importancia del manejo y cuidado de los equipos y su mantenimiento como una forma de mejorar la prestación de servicios.
8. Reconocimiento de su rol social como agente de cambio en salud, educador de la comunidad y promotor del bienestar biopsicosocial.

### **Perfil psicológico o de personalidad**

1. Sentido de responsabilidad y actitud responsable.
2. Capacidad autocrítica y actitud crítica.
3. Capacidad para tomar decisiones.

4. Alto nivel de tolerancia y de persistencia.
5. Alto grado de sociabilidad y asertividad.
6. Alto grado de asertividad.
7. Capacidad de liderazgo.
8. Actitud creativa e innovadora.
9. Actitud altruista.

## **PAPEL DE LAS UNIVERSIDADES**

El aumento de las personas con discapacidad va a producir una mayor presión asistencial en el futuro mediano, lo que hará necesario contar con un número creciente de médicos especialistas. Es indispensable que las autoridades universitarias se hagan partícipes del desarrollo de la especialidad, y que incluyan la enseñanza de la medicina física y rehabilitación en los programas de pregrado. Se ha demostrado que la presencia de una especialidad médica en los programas de estudio de las facultades de medicina es el mejor estímulo para su conocimiento, reconocimiento y desarrollo. Por ello se formularon las siguientes recomendaciones:

1. Las facultades de medicina deben crear departamentos o unidades docentes de medicina física y rehabilitación y establecer programas de formación de especialistas en fisioterapia.
2. Las universidades, al seleccionar los candidatos para los cursos de especialización en fisioterapia, deben tener en cuenta y dar especial valor al perfil psicológico establecido en el presente documento.
3. Los cursos de medicina física y rehabilitación del pregrado tendrán el mismo nivel de otras especialidades médicas y un horario propio dentro del currículo de los estudios médicos de pregrado.
4. Las facultades de medicina deben favorecer las actividades dirigidas a la educación continua del médico fisiatra, y apoyar la investigación en esta especialidad.

## **C**ONHECIMENTO EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA NO BRASIL: ESTUDO DE LIVROS DIDÁTICOS

*Semiramis Melani Melo Rocha,<sup>1</sup> Regina Aparecida Garcia de Lima<sup>2</sup> e  
Carmen Gracinda Silvan Scochi<sup>2</sup>*

---

Este levantamento visa estudar o conteúdo dos livros didáticos sobre enfermagem pediátrica partindo do princípio que o conhecimento é um instrumento privilegiado no processo de trabalho que permite reflexões sobre outros momentos do processo —o objeto, a finalidade, os agentes e as transformações operadas. Segundo sua própria definição, o livro didático é um livro de ensino que acompanha os programas de disciplinas escolares. Através de seu conteúdo pretende-se apreender as transformações do conhecimento transmitido aos enfermeiros durante sua formação profissional no Brasil, no período de 1959 a 1989, com respeito à assistência dada à criança.

Por volta de 1960 algumas escolas de enfermagem brasileiras receberam exemplares de um compêndio (1) doados pela W. K. Kellogg Foundation. Tratava-se de uma versão em espanhol da sexta edição do livro *Essentials of Pediatrics*.

Se por um lado a edição em espanhol, por limitar uma divulgação mais ampla, dificultou seu acesso a alunos e enfermeiras no Brasil, por outro lado marcou uma época, fundamentando a estrutura teórica da disciplina "Enfermagem Pediátrica" no curso de graduação em enfermagem.

No prefácio da sexta edição norte-americana, os autores advertem quanto à ampliação e à complexidade do conteúdo do livro, acompanhando os progressos da pediatria. Segundo eles os avanços espetaculares alcançados em diagnóstico, tratamento e profilaxia das doenças decorrem da constante evolução dos conceitos da fisiologia e da patologia. É natural, portanto, trazer esta nova tecnologia aos enfermeiros.

Na introdução do livro, tratam da evolução da pediatria e da

---

<sup>1</sup> Professora Associada, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

<sup>2</sup> Professora Assistente, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

enfermagem pediátrica enfatizando a necessidade de permear conhecimentos sobre crescimento e desenvolvimento, derivados da física e da biologia assim como da psiquiatria e da psicologia, que descrevem o desenvolvimento da personalidade. Esta base teórica forneceria, aos enfermeiros, elementos para conhecer a si mesmos e, assim, poder proporcionar apoio emocional à criança doente durante sua hospitalização e tratamento.

Na parte I —A criança sadia— desenvolvem três tópicos: aspectos físicos e fisiológicos do crescimento, necessidades nutricionais e dieta, e características e formação da personalidade. Os conceitos de Freud, Jung e Adler atingem as áreas da pediatria e da saúde pública e estimulam o estudo intensivo do desenvolvimento humano, segmentando-o em faixas etárias.

Na parte II —Doenças e sua profilaxia— desenvolvem três tópicos. O primeiro —características das doenças pediátricas— discorre sobre os indicadores de mortalidade e morbidade na infância; o segundo —métodos profiláticos— aborda cuidados pré-natais, proteção pré-natal e medidas profiláticas como educação dos pais, exames médicos periódicos, nutrição, medidas profiláticas específicas, prevenção de acidentes e higiene mental; o terceiro tópico —entrevista sobre saúde infantil— discute a visita domiciliar para estudo da família, ajudando os pais a obter o que cada membro necessita para sua saúde física e mental.

A parte III trata especificamente da assistência de enfermagem e desenvolve os seguintes temas: relações entre a enfermeira e a criança e a enfermeira e os pais; apoio físico e emocional; terapêuticas pediátricas; administração de líquidos e medicamentos.

As partes IV e V contêm dezessete capítulos lidando com um amplo elenco de patologias, agrupados em categorias referentes ao recém-nascido, a aparelhos e sistemas, infecções por vírus e rickettsias, bactérias, fungos, espiroquetas e protozoários. Após as descrições das patologias são apresentados os cuidados de enfermagem necessários.

Tomando-se por referência as primeiras décadas do século XX, quando os conhecimentos em enfermagem pediátrica, em linhas gerais, estava restrito às doenças transmissíveis de maior incidência e às técnicas e rotinas a serem realizadas nas enfermarias, observam-se as seguintes transformações:

- Ampliação no elenco de patologias e o detalhamento explicativo das alterações morfo-fisiológicas.
- Ampliação dos conhecimentos sobre aspectos físicos e fisiológicos do crescimento e formação da personalidade.
- Preocupação em atender às necessidades emocionais dos pais e da criança nas ocasiões em que esta esteja doente ou incapacitada. Reconhecimento de que a criança e a família são mutuamente

dependentes. Devido ao profundo envolvimento da família com os problemas de saúde da criança, as ansiedades daquela exigem tanta atenção quanto as do pequeno enfermo. Procura de métodos de assistência capazes de superar um possível trauma psíquico causado pela hospitalização.

- Enquadramento do processo saúde-doença da criança no plano coletivo, ao apresentar a doença e sua profilaxia.

Analisando o conteúdo deste compêndio em seu conjunto, verifica-se uma ênfase na atenção à criança hospitalizada, privilegiando o corpo anátomo-biológico enquanto objeto de trabalho.

O segundo livro didático sobre enfermagem pediátrica escolhido para análise foi *Nursing care of children* (2), em sua versão para o português *Enfermagem Pediátrica*. Esta opção justifica-se por ser a primeira edição em português de um livro didático na área.

O mesmo apresenta uma mudança estrutural na organização do conteúdo, pois vem dividido em seis partes. A primeira, uma introdução à enfermagem pediátrica, e as outras, corpo estrutural do conteúdo, correspondem às faixas etárias que segmentam o crescimento e o desenvolvimento da criança, do nascimento à adolescência. Os autores explicitam as mudanças de atitudes em relação à assistência hospitalar, reconhecendo a importância de preparar adequadamente a criança para experiências traumatizantes. O elo com a família deve ser mantido e, para tanto, recomendam a liberação de horários de visitas, deixar junto à criança seus próprios brinquedos trazidos de casa e permitir a permanência da mãe.

Em seu contexto geral a obra apresenta as seguintes modificações quando comparada com o livro anterior:

- Embora o enfoque geral seja ainda a patologia, desdobrada em etiologia, alterações morfo-fisiológicas e terapêutica, o pano de fundo onde se coloca é o crescimento e desenvolvimento da criança, que deixa de ser um capítulo à parte, isolado, para estender-se por toda a obra, permeando todos os assuntos.
- Introdução de assuntos inéditos em enfermagem pediátrica: o sistema imunológico, maus tratos à criança e morte súbita na infância.
- A adolescência, faixa etária até então pouco explorada, é apresentada com mais detalhes.
- A questão da atenção primária, ainda que maldefinida por estar em fase de implantação, é colocada e associada à expansão dos programas de saúde comunitária e de proteção à infância. Atenua a visão do tratamento exclusivamente hospitalar que o livro de texto anterior trazia e, em todos os capítulos, abre a assistência

junto à família, no domicílio e em centros comunitários, relacionando-a à patologia.

O conhecimento do processo de desenvolvimento pretende oferecer aos enfermeiros diretrizes para auxiliar a criança com os seus problemas mediante uma intervenção terapêutica direta, alteração do ambiente ou apoio às suas potencialidades. Além disso, através da aplicação da teoria evolutiva, os enfermeiros poderiam ajudar os pais na orientação de seus filhos.

O terceiro livro escolhido para análise foi *A enfermagem em pediatria e puericultura* (3). Sua escolha deve-se a ser o primeiro livro de autoria nacional abrangendo os diversos aspectos da assistência à criança que, por não se limitar a apenas uma faixa etária, possibilita instrumentalizar o ensino básico nessa área.

Diferentemente dos livros analisados anteriormente, não classifica seus capítulos por patologias, aparelhos, sistemas ou por faixas etárias. Basicamente, apresenta com análises e comentários, e não sob a forma exclusivamente prescritiva como as tradicionais técnicas, os procedimentos de enfermagem a serem executados, em sua maioria em enfermarias, quando a criança é hospitalizada.

No capítulo 15, dois dos autores (4) identificam três tipos diferentes de abordagem na assistência à criança hospitalizada:

- Centrada na patologia da criança, com a dimensão biológica e fisiopatológica do processo saúde-doença.
- Centrada na criança, contemplando os aspectos afetivos e psíquicos.
- Centrada na criança e sua família, onde apresentam alguns recortes da epidemiologia e saúde coletiva.

Trata-se de uma proposta teórica requerendo ainda estudos para sua operacionalização. A criança é um ser que não comporta fragmentações. Em outras palavras, não se pode esperar que brinque, quando está na sala de ludoterapia, mas que controle sua necessidade de brincar, quando tomando um soro endovenoso. Que sua carência de afeto seja suprida quando o psicólogo está na clínica, mas não quando está sendo submetida a um exame doloroso. Ao mesmo tempo em que a criança está sentindo os efeitos da agressão física da doença —dor, indisposição— também tem necessidade de brincar, da presença de pessoas queridas e de afeto.

Aos enfermeiros, por sua presença mais constante junto à criança durante a hospitalização, caberia a responsabilidade desta síntese, apreendendo a criança em todas as suas dimensões. De nossa vivência profissional, entendemos que os enfermeiros, bem como toda a equipe, vêm buscando

instrumentos para essa integração. Esses instrumentos seriam a disponibilidade de acomodações para manter a mãe ou outra pessoa da família junto à criança durante a hospitalização; a procura de técnicas menos dolorosas e traumáticas para procedimentos como punção venosa e outros; o preparo de atendentes, auxiliares e enfermeiros em terapia ocupacional e ludoterapia. Desta forma, estariam integrados, em cada atividade e no relacionamento interpessoal, os recortes intelectuais com que a criança estaria sendo apreendida enquanto objeto de trabalho. Ressalta-se ainda que cabe ao enfermeiro as tarefas mediatas do cuidado, tais como supervisão e controle da assistência de enfermagem, enquanto que as imediatas, o cuidado direto, são responsabilidade dos auxiliares e atendentes. O enfermeiro responde pelo projeto da assistência a ser dada, instrumentalizando o processo de trabalho em saúde. Portanto, no processo de trabalho, a transformação só é possível em sua totalidade e não na ação fragmentada de categorias multiprofissionais.

Mediante a análise do conteúdo dos livros didáticos sobre enfermagem pediátrica citados, foi possível entender as transformações do conhecimento que embasaram a formação dos enfermeiros nesta área no período de 1959 a 1989, no Brasil.

O primeiro livro analisado (1) chegou no Brasil por volta de 1960, influenciando a estrutura teórica da disciplina de enfermagem pediátrica dos cursos de graduação. Seu conteúdo evidencia uma ênfase na atenção à criança hospitalizada. Entretanto, as relações entre seu conteúdo e a prática aqui realizada precisam ser melhor analisadas. Nas décadas de 60 e 70 predominaram, nas enfermarias de pediatria, os diagnósticos de desnutrição e desidratação grave, cuja terapêutica era a reidratação parenteral; as doenças respiratórias sérias, muitas vezes associadas à desnutrição, assim como as doenças transmissíveis e suas complicações. Essas complicações, incidentes em crianças malnutridas e crescentes em condições desfavoráveis, não estavam descritas no livro de texto norte-americano (1). A terapia de reidratação parenteral, complexa e suscetível a complicações iatrogênicas, era apresentada de forma genérica, não contemplando a especificidade da clientela brasileira. O livro não trazia, portanto, um referencial teórico suficiente para instrumentalizar a enfermagem brasileira em seu processo de trabalho.

Quanto ao segundo livro analisado (2), evidencia-se uma mudança estrutural no seu conteúdo, onde a assistência é segmentada por faixas etárias —do nascimento à adolescência—, tendo por fio condutor o crescimento e o desenvolvimento. Dá-se um novo recorte intelectual na apreensão do objeto de trabalho onde a criança passa a ser vista como um ser biopsíquico, havendo mesmo ênfase do psíquico. Observa-se, contudo, um distanciamento entre este referencial teórico e a prática vivenciada no

Brasil. Os enfermeiros brasileiros têm tido dificuldade em utilizar o livro em sua prática profissional, atribuindo-a às diferenças sócio-econômicas e culturais entre os Estados Unidos da América, onde o livro foi escrito, e o Brasil. Os serviços de saúde brasileiros — público e da previdência social — atendem a uma vasta clientela, constituída por populações de baixa renda, e estão mal-equipados em recursos humanos e materiais para dar assistência até mesmo às patologias de maior incidência, como doenças respiratórias da infância, diarreia, desnutrição e a infecções mais comuns. Atender às necessidades psicológicas, dar apoio emocional à criança e à família seria um “luxo” restrito aos serviços particulares no atendimento às classes mais privilegiadas economicamente.

O terceiro livro analisado (3) aborda os diversos aspectos da assistência de enfermagem à criança de uma forma diferente dos anteriores quanto à sua estrutura. Seus capítulos não são classificados por patologias, atendo-se basicamente aos procedimentos de enfermagem efetuados na criança hospitalizada e em análises e comentários. Pode-se dizer que de um modo geral este livro atende às necessidades da prática de enfermagem pediátrica a nível de unidade de internação, abordando aspectos básicos deste tipo de assistência, buscando fundamentação na anatomia, fisiologia, farmacologia e psicologia e trazendo alguns dados epidemiológicos. Embora o livro inclua alguns aspectos da puericultura — como crescimento e desenvolvimento infantil, imunização, terapia de reidratação oral e outros —, verifica-se que sua abordagem centra-se nos procedimentos, tendo como enfoque as ciências biológicas e limitando-se a reproduzir a normatização e a padronização técnica. Com isso, perde a oportunidade de visualizar seu objeto de trabalho com determinações mais concretas, como as relacionadas com as condições de existência da criança, articuladas às transformações das diretrizes políticas dos programas de assistência à infância. Não contempla a organização dos serviços de pediatria nos seus aspectos de recursos humanos e materiais, da planta física e dos insumos. Fragmenta, assim, a formação dos enfermeiros uma vez que, na prática, cabe a estes profissionais o gerenciamento, preparo, supervisão e controle do pessoal e do ambiente terapêutico nas instituições de saúde.

Em suma, mediante a análise desses três livros pode-se verificar mudanças estruturais em seu conteúdo, onde novos conhecimentos são agregados, havendo, entretanto, certo descompasso entre o referencial teórico e a prática vivenciada no Brasil. A enfermagem reproduz o conhecimento anátomo-fisiológico, biologizante, como instrumento para intervir a nível individual, emergindo contudo fragmentos de um novo recorte intelectual onde o objeto não seria exclusivamente o corpo biológico, mas a criança em crescimento e desenvolvimento, com necessidades físicas, emocionais e sociais, inserida em seu contexto existencial.

## REFERÊNCIAS

- 1 Jeans, P. C., Wright, F. H. e Blake, F. G. *Enfermaria Pediátrica* (Essentials of Pediatrics, ed. J. B. Lippincott Company, Filadélfia). Tradução para o espanhol de Homero Vila e Joaquin Sanz Astolfi. México, Interamericana, 1959.
- 2 Waechter, E. N. e Blake, F. G. *Enfermagem Pediátrica* (Nursing Care of Children, ed. J. B. Lippincott Company, 1976). Tradução para o português de Raymundo M. Gesteira. Rio de Janeiro, Interamericana, 1979.
- 3 Schmitz, E. M. et al. *A Enfermagem em Pediatria e Puericultura*. Rio de Janeiro e São Paulo, Livraria Atheneu, 1989.
- 4 Elsen, I. e Patrício, Z. M. Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagem e suas implicações para a enfermagem. In: Schmitz, E. M. *A Enfermagem em Pediatria e Puericultura*. Rio de Janeiro e São Paulo, Livraria Atheneu, 1989, pp. 169-179.

# EL CURSO DE ESPECIALIZACION EN SALUD PUBLICA EN LA SEGURIDAD SOCIAL

Jorge Escobedo de la Peña,<sup>1</sup> Dulce María Hernández Hernández<sup>2</sup> e Issam Aziz Elias<sup>3</sup>

---

## INTRODUCCION

El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene establecido dentro de su filosofía el espíritu de garantizar la salud y la asistencia médica, por lo que inicialmente la creación de unidades médicas fue prioritaria para ampliar la cobertura y disponibilidad de servicios. Más tarde se iniciaron actividades de salud pública aunadas al desarrollo de la atención médica.

El modelo de atención médica adoptado, sin embargo, enfocado a la enfermedad, individual y focalizado a la especialización, que requiere una gran asignación de recursos financieros, mostró a largo plazo ser insuficiente e ineficiente para garantizar la salud y aun la asistencia médica (1).

En el ámbito internacional se hizo evidente que las acciones preventivas incidían más firmemente que las acciones curativas en la preser-

---

<sup>1</sup> Profesor Titular del Curso.

<sup>2</sup> Profesor Adjunto del Curso.

<sup>3</sup> Jefe de Enseñanza e Investigación de la Unidad de Medicina Familiar No. 28.

vacación de la salud de la población, lo que propició el desarrollo y crecimiento de los servicios de medicina preventiva en el Instituto. Las acciones que ofrecen estos servicios han crecido en forma importante al igual que la demanda por los mismos de la población derechohabiente.

No sucedió lo mismo con la formación de recursos humanos. Inicialmente se incorporó a profesionales con experiencia en salud pública formados en diferentes instituciones del país y extranjeras, lo que indudablemente enriqueció el desarrollo de la medicina preventiva. Más tarde se preparó personal del Instituto en la Escuela de Salud Pública de México. Recientemente la demanda de especialistas en el área sobrepasa las posibilidades de formación fuera del Instituto.

Dado que existían las condiciones necesarias para implementar un programa de especialización en esta disciplina, en 1987 se decidió crear un curso de formación de especialistas en el campo de la salud pública, para satisfacer las necesidades de la Institución y contribuir con la formación de especialistas a nivel nacional (2). En los primeros meses de 1988 se elaboró el programa académico del curso y en marzo de ese año se inició la especialidad (3).

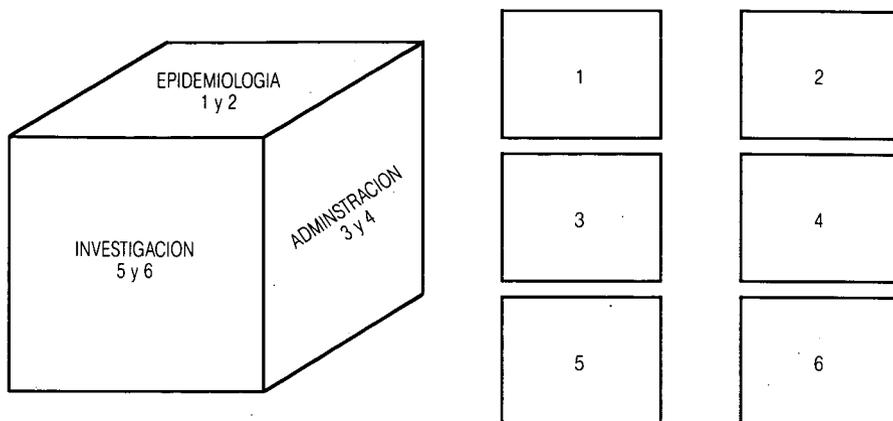
Este curso en salud pública se inscribe dentro del Sistema de Especialización Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, cuyo objetivo es "... formar al personal que habrá de incorporarse a las Unidades de Atención Médica de todo el sistema con la finalidad de ofrecer servicios de salud de la mejor calidad y, así coadyuvar al desarrollo de la medicina en México" (4), contribuyendo así a la formación de los especialistas en salud pública requeridos en la actualidad.

Por último, esta nueva especialidad no solo forma parte de las actividades de educación médica de la Institución que son una realidad prácticamente desde que se inició la prestación de servicios médicos (5), y que ha contribuido de manera importante al desarrollo de la medicina nacional (6), sino que amplía las oportunidades de especialización para los recién egresados de las escuelas y facultades de medicina.

## **ESTRUCTURA DEL CURSO**

El Curso de Especialización en Salud Pública está organizado bajo un sistema modular que permite la integración de los conocimientos adquiridos a medida que el residente avanza en el desarrollo del mismo. Como puede apreciarse en las Figuras 1 y 2, el curso gira en torno a tres ejes fundamentales: un eje de epidemiología, uno de investigación y otro de administración. Cada uno de los ejes mencionados está formado por varios módulos los cuales a su vez se constituyen por unidades didácticas que a continuación se describen. El objetivo de ello es que el residente

**FIGURA 1. Estructura modular del curso de especialización en salud pública en la seguridad social: unidades didácticas.**



1. Epidemiología básica / Métodos epidemiológicos / Validez y confiabilidad / Proyecto de investigación / Ciencias sociales
2. Epidemiología de las enfermedades: Infecto-contagiosas / Cardiovasculares / Crónico-degenerativas / Neoplásicas
3. Seguridad social y proceso administrativo
4. Estructura y funciones del IMSS / Funciones y actividades del personal de Unidades Médicas (med. preventiva) / Diseño, desarrollo y evaluación de trabajos de investigación de sistemas de salud
5. Metodología de la investigación / Estadística descriptiva e inferencial / Investigación bibliográfica / Redacción de trabajos de investigación
6. Introducción a la didáctica / Introducción a la informática / Base de datos / Paquetes estadísticos / Uso de la microcomputadora / Procesador de palabras

obtenga los elementos teóricos y prácticos en una secuencia tal que permita integrar los fundamentos de cada uno de los ejes señalados y que son la base de sus actividades profesionales (6), como lo muestra la Figura 2.

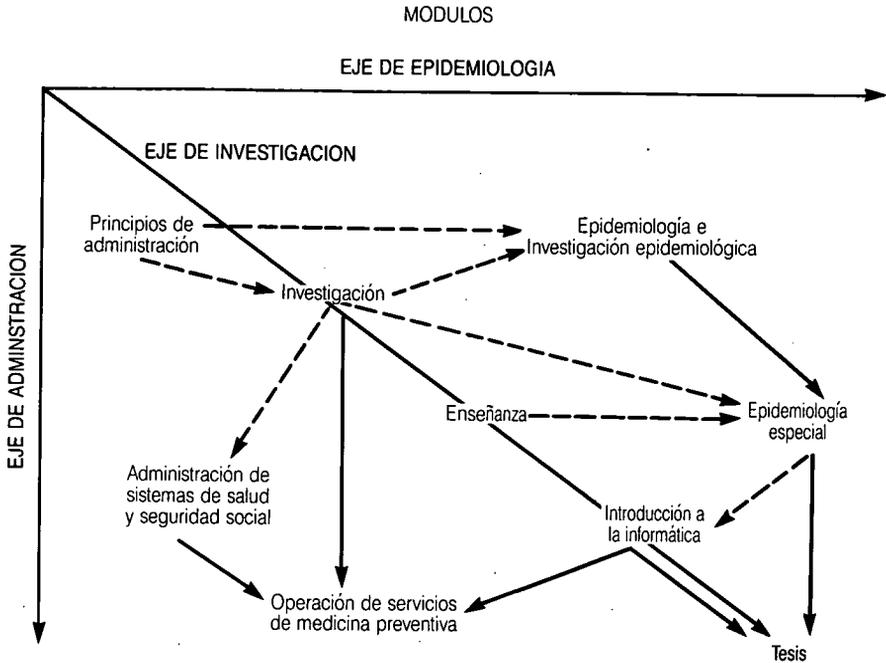
### **Eje de epidemiología**

Está formado por dos módulos: Epidemiología e investigación epidemiológica y Epidemiología especial (Figura 2). El primero comprende las siguientes unidades didácticas (Figura 1):

Epidemiología básica, en la cual el residente conoce e interpreta las medidas de ocurrencia de la enfermedad y de comparación; ubica, propone y utiliza las fuentes de información; aprende a estandarizar tasas e indicar y analizar pruebas de tamizado.

Métodos epidemiológicos, unidad didáctica en la que el residente aprende los diferentes diseños de estudio epidemiológico que le permiten

**FIGURA 2. Estructura modular del curso de especialización en salud pública en la seguridad social.**



el estudio de la causalidad en medicina, tanto para encontrar factores causales de la enfermedad, como para contar con elementos a fin de proponer y llevar a cabo medidas para la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

En la unidad didáctica de causalidad el alumno comprende los elementos filosóficos y empíricos del proceso causal, fundamental en el desarrollo de la epidemiología moderna.

Finalmente, en la unidad didáctica de validez y confiabilidad el alumno obtiene los elementos para realizar mediciones válidas y confiables, así como inferencias precisas y válidas, eliminando la posibilidad de sesgos y factores de confusión, potencialmente presentes en todo estudio epidemiológico y clínico.

El módulo de Epidemiología especial complementa el eje de Epidemiología e intenta la aplicación del conocimiento epidemiológico en ramas específicas del proceso salud-enfermedad. Las cuatro unidades didácticas que conforman este módulo son: Epidemiología de las enfermedades infecto-contagiosas, crónico-degenerativas, cardiovasculares y neoplásicas. En el desarrollo de las mismas el residente profundiza en el

conocimiento e investigación de las principales entidades nosológicas que en la actualidad configuran el perfil epidemiológico de México: la presencia simultánea de enfermedades infecciosas y las consideradas como enfermedades del desarrollo (por ejemplo, diabetes, hipertensión arterial, cáncer de pulmón, etc.).

### **Eje de administración**

El módulo de Principios de administración y el módulo de Administración de sistemas de salud y seguridad social conforman este eje.

En el primer módulo se aborda la unidad didáctica de seguridad social donde el alumno conoce los principios, filosofía y acciones de la seguridad social, tanto en México como en otros países. Asimismo se cursa la correspondiente al proceso administrativo, donde el residente entra en contacto con el proceso de la administración moderna, desde la planeación hasta la evaluación.

En el segundo módulo el residente cursa tres unidades didácticas que comprenden Estructura y funciones del IMSS; Funciones y actividades del personal de Unidades Médicas (medicina preventiva); Diseño, desarrollo y evaluación de trabajos de investigación en sistemas de salud. Con el desarrollo de este módulo se pretende proveer de un conocimiento profundo del funcionamiento de los servicios de medicina preventiva, en los cuales el residente rota durante todo el curso, así como de la capacidad de realizar investigación en sistemas de salud, integrando los conceptos recibidos de administración, y basado en la información y metodología epidemiológicas.

### **Eje de investigación**

Este eje conjuga e integra los dos ejes previos en un continuo que comienza con el inicio del curso y termina en una tesis que los residentes presentan al terminar la especialidad.

Son tres módulos los que incluye este eje. El módulo de Investigación en el que se abordan como unidades didácticas Metodología de la investigación, Estadística descriptiva e inferencial, Investigación bibliográfica y Redacción de trabajos de investigación.

En el módulo de Enseñanza se revisan los principios de la didáctica y educación para la salud.

Finalmente, el módulo de Informática contempla el estudio de las bases de la informática e incluye el manejo de varios paquetes, tanto de base de datos como estadísticos y procesadores de palabras.

Este eje proporciona los lineamientos metodológicos y prácticos para el desarrollo de la investigación, y toma elementos de los dos ejes previos, fundamentalmente metodológicos, para el desarrollo de la investigación en salud pública.

## DESARROLLO DEL CURSO

El Curso de Especialización en Salud Pública en la Seguridad Social tiene una duración de dos años, durante los cuales los alumnos asisten a actividades teóricas en el aula, así como a actividades prácticas en los servicios de medicina preventiva dentro de los tres niveles de atención médica del seguro social.

El diseño del curso permite abordar a profundidad cada una de las unidades didácticas con la modalidad innovadora de no cursar unidades didácticas simultáneamente, sino en una secuencia lógica que permite la integración de los conocimientos, con la oportunidad de ir aplicando en la práctica los fundamentos teóricos aprendidos en el aula.

Es así como los alumnos inician el curso con la unidad didáctica de Principios de administración (Figura 2). Secuencialmente en el tiempo cursan Investigación (Cuadro 1) y continúan con Epidemiología e inves-

**CUADRO 1. Desarrollo secuencial de los módulos del curso de especialización en salud pública en la seguridad social.**

	Año I	Año II
Marzo	Principios de Administración	Epidemiología de las enfermedades infecto-contagiosas
Abril	Investigación I (Método científico)	Epidemiología de las enfermedades cardio-vasculares
Mayo	Investigación II (Estadística)	Epidemiología de las enfermedades crónico-degenerativas
Junio	Investigación II y III (Invest. bibliográfica y redacción)	Epidemiología de las enfermedades neoplásicas
Julio	Epidemiología I (Bases)	Desarrollo de tesis y Operación de los servicios de medicina preventiva
Agosto	Epidemiología I y II (Métodos)	
Septiembre	Epidemiología II (Métodos)	
Octubre	Epidemiología III (Ciencias sociales)	
Noviembre	Administración de sistemas de salud y Seguridad social	
Diciembre		
Enero	Didáctica y Educación para la salud	
Febrero	Informática	

tigación epidemiológica. El último cuatrimestre del primer año lo completan con Administración de sistemas de salud y seguridad social, Enseñanza e Informática.

Como puede apreciarse en el Cuadro 1, la secuencia de la revisión temática permite embonar los elementos que conforman cada uno de los tres ejes fundamentales que, vistos en tercera dimensión, (Figura 1), conforman la preparación indispensable del especialista en salud pública.

De esta manera, con los conocimientos básicos del proceso administrativo el alumno avanza a conocer las bases teóricas del método científico y sus implicaciones prácticas, así como los procedimientos estadísticos aplicables para el análisis objetivo de la información. Simultáneamente el alumno observa en las unidades médicas la utilidad de la investigación científica orientada a los problemas cotidianos que surgen en relación con la práctica médica, no solo a nivel preventivo, sino también curativo y asistencial.

Más adelante, al cursar la unidad didáctica de Epidemiología e investigación epidemiológica, se orienta al alumno sobre la aplicación del método científico en el estudio del proceso salud-enfermedad, con el apoyo indiscutible que brinda la Epidemiología tanto en el estudio de la causalidad como en la planificación de servicios de salud. Este último aspecto es complemento y base de la unidad didáctica siguiente: Administración de sistemas de salud y seguridad social. En esta unidad el residente estudia a profundidad los objetivos y el funcionamiento de los servicios de medicina preventiva y recibe bases metodológicas para diseñar, realizar y evaluar proyectos de investigación en los sistemas de salud. Con las dos unidades didácticas siguientes — Enseñanza e Informática — termina el primer año de la especialidad y el alumno tiene las bases teóricas elementales para el desarrollo de sus actividades profesionales, las cuales pondrá en práctica en el siguiente año del curso.

Durante el segundo año se pretende un acercamiento mayor de la salud pública en general y de la epidemiología en particular, con el área clínica. En los primeros cuatro meses se cursa el Módulo de Epidemiología Especial, donde se revisa la epidemiología de las enfermedades infecto-contagiosas, cardiovasculares, crónico-degenerativas y neoplásicas. Durante este lapso los alumnos rotan por los cuatro hospitales de especialidad donde se estudian los padecimientos de estas áreas, y que conforman el perfil epidemiológico nacional. La preparación del residente en salud pública le permite valorar la atención individual del paciente dentro de la problemática que un padecimiento dado representa en el proceso salud-enfermedad de la población. Así se despierta el vínculo clínica-epidemiología, a la par que se hace patente la necesidad de ambos profesionales en forma integrada y complementaria, en la búsqueda de soluciones de los problemas de salud de la población.

Es en los últimos ocho meses del segundo año, y de la especialidad, donde el alumno tiene oportunidad de aplicar los conocimientos en forma integral, con las posibilidades de ver resultados en el mediano plazo. En este período se llevan a cabo dos tareas fundamentales. El residente lleva a cabo un proyecto de investigación dentro del eje de la epidemiología (por ejemplo, causalidad), o dentro del eje de la investigación de sistemas de salud (v.g., calidad de la atención, utilización de servicios, etc). Simultáneamente y con el fin de enfrentarse a la operación de los servicios de medicina preventiva, el residente propone y desarrolla un programa de acción preventiva en una Unidad de Medicina Familiar, vinculado a los programas médicos normativos vigentes en la Institución.

En esta secuencia modular de integración teórico-práctica se pretende alcanzar el objetivo del Curso expuesto en el programa académico del mismo (7), y que es formar al "... profesional que se encarga del estudio de los procesos de salud-enfermedad a nivel individual y social, con el fin de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud, a través de la investigación de los factores que constituyen un riesgo en la producción de la enfermedad, la proposición de alternativas viables de solución, mediante el esfuerzo y la participación organizada de la comunidad".

## COMENTARIOS

El incremento en la demanda de epidemiólogos en el IMSS no es sino un reflejo de lo que ocurre a nivel internacional (8). Simultáneamente la demanda de servicios de medicina preventiva se ha incrementado no solo por la mayor oferta de estos, sino por un uso más amplio por parte de la población potencialmente usuaria y beneficiaria de los mismos.

De esta manera los logros alcanzados en salud —y aquellos por alcanzarse— a través de la segunda revolución epidemiológica, han motivado en la población en general así como en el personal médico y paramédico, una actitud diferente y dirigida hacia los servicios preventivos (9-10), cuyo resultado en la práctica es la mayor y mejor utilización de los mismos.

A su vez, el desarrollo de la epidemiología en los últimos 30 años ha propiciado también un acercamiento a las acciones que de ella se derivan. La investigación en epidemiología vista con escepticismo en un tiempo, ha adquirido un lugar relevante cuya manifestación más clara pudiera ser la asociación observada a través de estudios de investigación epidemiológica, entre el cigarro y el cáncer de pulmón (11). El resultado final nuevamente ha sido una creciente demanda de epidemiólogos con preparación adecuada para realizar investigación en epidemiología (8, 12). Aunado a esta

mayor demanda de epidemiólogos hay una creciente demanda de preparación en este campo por los egresados de las escuelas de medicina del país, lo cual tal vez sea una consecuencia de la modificación en la orientación de los planes de estudio hacia la prevención de las enfermedades y la atención primaria de salud.

No obstante que estos eventos mencionados son una realidad, la situación cambiante debiera considerarse como en ciernes, pues la orientación hacia la práctica médica curativa es aún dominante en nuestro medio. A pesar de ello la salud pública y la epidemiología en México tienen todas las posibilidades de crecer y florecer. La consecuencia lógica de ello sería una mayor necesidad y demanda de profesionales en estas disciplinas. Sin embargo, la formación en salud pública y en epidemiología es aún deficiente cualitativa y cuantitativamente (12-14). El programa que nos ocupa pretende inscribirse dentro de este panorama como contribuyente con los de otras instituciones en la formación de profesionales de alta calidad, acordes con las necesidades y demandas manifiestas (7).

Como integrante del Sistema de Especialización Médica del IMSS (4) el Programa en Salud Pública contempla no solo la preparación teórica adecuada de los educandos, sino su rotación por los servicios operativos donde finalmente el egresado desempeñará sus funciones. Esta rotación por los servicios de medicina preventiva tiene dos metas prioritarias que a continuación se describen.

Por un lado se busca un acercamiento de los residentes con el trabajo de campo de tal manera que participen activamente en el desarrollo de programas de control y prevención de enfermedades, a fin de facilitar la comprensión del razonamiento, organización y efectividad de estos programas, para proteger la salud de la población (7, 9-10).

La rotación por servicios de medicina preventiva, y en particular la participación activa de los alumnos en los programas de investigación y control que llevan a cabo los sistemas de salud, ha probado ser eficiente en el aprendizaje de la epidemiología y de la salud pública tanto en el pregrado como en el posgrado (12, 15-18). Este aprendizaje en el "campo" ha condicionado no solo una mejor valoración de la utilidad de la epidemiología y otras disciplinas de la salud pública en el ejercicio profesional por parte de los estudiantes de medicina (16-17), sino que ha contribuido al desarrollo de los servicios dado que se proporciona a los mismos de un recurso que puede participar en la investigación y propuestas de alternativas de solución para problemas a corto y largo plazo (18). Finalmente, el acercamiento con el médico clínico se propicia con la rotación de los residentes por las unidades de atención médica (15).

La segunda meta que se persigue con la rotación de los residentes por los servicios es la integración docente-asistencial, que de acuerdo con la FEPAFEM es el "proceso organizado que tiene como propósito la solución

pronta, eficiente y efectiva de los problemas de salud individual, familiar o colectiva, con la participación de personas que en el desarrollo de dicho proceso imparten y adquieren conocimientos y destrezas que los capacitan para el desempeño de un campo definido" (1). En el Instituto Mexicano del Seguro Social esta estrategia ha dirigido las acciones educativas tanto en pregrado (internado) como en posgrado (cursos de especialización). De ahí la ventaja de inscribir este programa dentro del Sistema de Especialización Médica como residencia de especialidad, pues el educando tiene las ventajas de un curso con gran componente teórico (comparable a programas de nivel de maestría) y con una importante actividad práctica y asistencial (propia de las especialidades de la Institución).

El programa se diseñó en base a las necesidades institucionales y nacionales, bajo un perfil profesional y curricular que capacite al especialista para resolver las demandas de atención que correspondan a la satisfacción de dichas necesidades (7, 19). Con una fuerte carga teórica sobre todo en el primer año, el programa pretende una aplicación práctica constante de los conocimientos teóricos a la vez que una profundización sobre los conocimientos generados en los tres ejes fundamentales sobre los que gira el curso (Figuras 1 y 2).

El eje de administración resulta básico en la preparación del especialista. El egresado debe administrar los recursos físicos, humanos y financieros, que dependen de él, pero además debe ser capaz de definir necesidades y detectar problemas para proponer y planear las acciones tendientes a la satisfacción de las necesidades y demandas observadas. Basado en el proceso administrativo e interrelacionado estrechamente con el conocimiento epidemiológico, la estructura curricular del curso intenta proveer al egresado de los conocimientos suficientes para que la administración de recursos y la investigación en sistemas de salud, sean una constante en su práctica profesional. Los ejes de epidemiología e investigación se encuentran fuertemente relacionados entre sí. La necesidad cada vez mayor por la epidemiología del método científico y de los métodos cuantitativos, propicia una relación estrecha de mutua relación interdisciplinaria y no de dependencia estéril.

De hecho la epidemiología en la actualidad tiene una visión más amplia enriquecida por el desarrollo reciente y creciente de la teoría epidemiológica (11, 19). Limitada a las enfermedades infecciosas en un principio, ahora su campo de acción se extiende a las crónico-degenerativas y las mentales; a la calidad de la atención médica (20) y, como base indiscutible de la planificación de la atención, a la salud (21). Su desarrollo se basa en la investigación epidemiológica, por lo que este programa da una importancia mayor que otros al módulo de investigación.

La investigación en epidemiología tiene cuatro objetivos fundamentales (19). Uno es describir el estado de salud de una población, otro

es explicar la etiología de las enfermedades, el tercer objetivo es predecir la ocurrencia de estas y la distribución del estado de salud de la población, y el último en la secuencia, más no en importancia, es controlar la distribución de la enfermedad en la población a través de la prevención de nuevos casos, erradicación de los casos existentes, prolongación de la vida de los que padecen la enfermedad, o bien mejorando su estado de salud. En resumen, la investigación epidemiológica tiene dos metas básicas: el desarrollo del conocimiento y la intervención (20). Estas dos metas no son mutuamente excluyentes, sino complementarias.

El requisito de la elaboración de una tesis en el segundo año de la especialidad tiene como objetivo esta aplicación práctica e integración de la metodología aprendida. Con ello se busca fomentar en el especialista el interés en la investigación como elemento indispensable para el ejercicio profesional. El epidemiólogo en las unidades del Instituto es un administrador y planificador de la atención de salud. Como tal debe saber analizar la información generada en la unidad como base indiscutible para el diseño de programas, pero a la vez debe ser capaz de generar información, analizarla y realizar inferencias desde el punto de vista epidemiológico y con base en el método científico (11, 19-20). A su vez el epidemiólogo genera conocimiento en relación con la práctica médica y propone alternativas de solución diseñando programas y estrategias. Tal vez la mayor justificación de la necesidad de preparación en este nivel sea un informe del CONACYT elaborado en 1973 donde se señala que apenas el 4,3% de la investigación en salud en México, correspondía a la realizada en salud pública (13). Y aunque recientemente se reconoce que poco menos de la mitad de la investigación realizada en el IMSS podría clasificarse dentro del área de la sociomedicina, se hace hincapié en que para la Institución es una necesidad imperiosa por sus implicaciones en la atención médica y en los programas de solidaridad al campo (22). Más aún, la investigación de factores de riesgo en la génesis de la enfermedad, de particular interés para el médico clínico y que compete por naturaleza al epidemiólogo, es aún deficiente no solo en la Institución, sino a nivel nacional.

El acercamiento del especialista en salud pública con el especialista clínico debe ser mayor y convertirse así el epidemiólogo en asesor cotidiano para el desempeño de las actividades e investigación clínicas (12, 15). Es evidente que la rotación en las unidades de atención médica pretende este acercamiento con el médico clínico en los tres niveles de atención, desde el médico familiar en el primer nivel de atención hasta el especialista del tercer nivel.

Si bien el programa del curso fue diseñado con la intención de crear un especialista acorde con las necesidades institucionales y nacionales, propone una alternativa a los programas actuales de posgrado en salud pública, pero no será sino hasta que egresen las primeras generaciones y

se integren en su ámbito de trabajo profesional, cuando se podrá evaluar la participación de los egresados en el marco de la atención que proporciona el Instituto Mexicano del Seguro Social.

## AGRADECIMIENTOS

El Dr. Manuel Fresnedo Villegas participó activamente en la estructuración del Programa del Curso. El Dr. Carlos E. Varela Rueda, así como los doctores Reyna Mercado y Ricardo Anzures, y en general todos los docentes del XIII Curso de Formación de Profesores de Medicina, podrán ver reflejado en el programa de este Curso, parte del resultado de su dedicación incansable en el desarrollo de la docencia en el IMSS. Los autores agradecen a la Srita. Irma Ugalde Juárez su colaboración en la presentación final de este trabajo.

## REFERENCIAS

- 1 Díaz del Castillo, E. y Villalpando Casas, J.J. Presente y futuro de la investigación docente-asistencial. *Rev Méd IMSS (Méx)* 25:293-7, 1987.
- 2 Cervantes Rangel, J. y Escobedo de la Peña, J. Curso de Especialización en Salud Pública en la Seguridad Social. Trabajo presentado en la Mesa Redonda "La enseñanza de la salud pública en posgrado" de la IV Reunión Nacional de la Asociación Mexicana de Educación en Salud Pública. México, 1988.
- 3 Memorias de la Subdirección General Médica. 1982-1988. México, IMSS, 1988, pág. 211.
- 4 Subdirección General Médica. Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación: El Sistema de Especialización Médica. IMSS, México, 1988, pág. 7.
- 5 Varela Rueda, C.E. La investigación educativa en el Instituto Mexicano del Seguro Social: Su importancia, características y posibilidades. *Rev Méd IMSS (Méx)* 26:81-3, 1988.
- 6 Villalpando Casas, J.J. y Díaz del Castillo, E. La formación de médicos especialistas en el IMSS: treinta años de experiencia. *Rev Méd IMSS (Méx)* 24:279-85, 1986.
- 7 Subdirección General Médica. Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación. Programa del Curso de Especialización en Salud Pública en la Seguridad Social. IMSS, México, 1988.
- 8 Detels, R. The need for epidemiologists. *JAMA*, 242:1644-6, 1979.
- 9 Terris, M. *La Revolución epidemiológica y la medicina social*, 3ª ed. México, Siglo XXI editores, 1987, pág. 23.
- 10 Terris, M. The unfinished tasks of public health in the twentieth century: implications for public health training. En: Hoover, D.B. y Gemmel M.K. (eds), *Proceedings. Workshop on preparation for practice in public health*. Washington, D.C., US Department of Health and Human Services, 1982, pág. 37.
- 11 Rothman, K.J. *Modern Epidemiology*. Boston, Little, Brown and Company, 1986, pág. 1.
- 12 Milbank Memorial Fund Commission. *Higher Education for Public Health: A Report*. New York, Prodist, 1976, pág. 26.

- 13 López Acuña, D. *La Salud Desigual en México*. México, Siglo XXI editores, 1987, pág. 52.
- 14 Kumate, J. Perspectivas del desarrollo. En el Simposio "El recién egresado en medicina". *Gac Méd Méx* 122:26-30, 1986.
- 15 Grufferman, S., Kym, S.Y.S. y Maile, M.C. Teaching epidemiology in medical schools: A workable model. *Am J Epidemiol* 120:203-9, 1984.
- 16 Novick, L.F., Greene, C. y Vogt, R.L. Teaching medical students epidemiology: Utilizing a state health department. *Public Health Rep* 100:401-5, 1985.
- 17 Epstein, L.M., Tamis, A., Spenser, T. y Perlman, S. The Community Project: The teaching implications of applied epidemiology. *Med Educ* 17:39-44, 1983.
- 18 Helgerson, S.D., Jekel, J.F. y Hadler, J.L. Training public health students to investigate disease outbreaks—example of community service. *Public Health Rep* 103:72-6, 1988.
- 19 Díaz del Castillo, E. *et al.* Sistema de enseñanza de la especialidad médica. *Gac Méd Méx* 123:39-57, 1987.
- 20 Kleinbaum, D.G., Kupper, L.L. y Morgenstern, H., eds. *Epidemiologic Research*. California, Lifetime Learning Publications, Belmont, 1982, pág. 20.
- 21 Knox, E.G. La epidemiología en la planificación de la atención a la salud. México, Siglo XXI editores, 1981, pág. 111.
- 22 Zarate, A. Panorama de la investigación médica en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev Méd IMSS (Méx)* 22: 229-36, 1984.

# NOTICIAS

---

## HOMENAJE A IZABEL DOS SANTOS

*El día 9 de agosto pasado tuvo lugar, en Brasilia, la ceremonia de inauguración de la IX Conferencia Nacional de Salud sobre la cual ya se ha brindado información en esta Revista. En esta ocasión, deseamos destacar que durante dicha ceremonia, el Gobierno de Brasil otorgó la condecoración Medalla al Mérito Oswaldo Cruz a la Licenciada Izabel Dos Santos, distinguida profesional de la enfermería latinoamericana, "por los relevantes servicios prestados a la causa de la salud pública del país, en el campo de la formación profesional de personal de nivel medio que labora en los servicios de salud". La condecoración fue concedida mediante decreto del Presidente de la República por recomendación del Ministro de Salud.*

*Izabel Dos Santos es una gran figura en el campo de desarrollo de recursos humanos en la Región; ha innovado en el campo, ha contribuido a crear conocimiento a través del trabajo concreto, ha luchado en circunstancias difíciles y ha transformado en acciones (y en resultados), las frases vacías y el discurso, a menudo irrelevante, de los "expertos". Su trabajo esencial ha sido con el personal de nivel medio, sobre todo con aquel que carecía de cualificación formal y no podía acogerse a las regulaciones y los beneficios legales y laborales del país; de igual manera ha sido factor decisivo para el establecimiento de relaciones de coherencia entre las políticas sanitarias vigentes en el Brasil y la direccionalidad técnico-política de los procesos educativos que las apoyan.*

*Pertenece al personal del Ministerio de Salud de Brasil, pero forma parte importante, desde hace muchos años, del personal de la Representación OPS/OMS en el país, en el área de desarrollo de recursos humanos; y en esta última condición es miembro distinguido del Programa técnico de Recursos Humanos de la Organización. Los funcionarios de este último, tanto de la Sede en Washington como de nivel nacional, nos hemos sentido profundamente complacidos por este reconocimiento que el Gobierno brasileño ha hecho a la persona y a la obra de Izabel.*

## ACTIVIDAD INTERNACIONAL EN EL NIVEL DE GRADUADO

Mil novecientos noventa y dos ha sido un año prolífico en actividades de capacitación, formación en niveles avanzados, encuentros de debate y discusión, en el ámbito internacional; diversas instituciones de la Región han incrementado sus acciones en este nivel, buscando formas diferentes de dar respuestas apropiadas a las nuevas demandas generadas por los cambios sociopolíticos que sacuden al mundo y, como consecuencia obligada, a nuestra Región; ello ha ocurrido en igual forma con los estudios de posgrado en distintos campos de la salud.

Un ejemplo acerca de lo anterior se observa con el siguiente listado de actividades que han tenido lugar recientemente:

- *Curso Latinoamericano sobre el Componente de Salud Bucal en la Atención Primaria.* Se desarrolló bajo el patrocinio de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires, del 18 de agosto al 15 de septiembre pasado.
- *Curso internacional sobre Higiene Ambiental.* Ha tenido lugar en la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, destinado a profesionales de la salud interesados en conocer la nueva formación científica y técnica que se ha producido durante el último año en ese campo.
- *Cursos sobre Políticas de Salud Ambiental y su Administración.* Han sido ofrecidos este año por la institución norteamericana Management Sciences for Health en Boston; los cursos se iniciaron a finales de septiembre pasado; su contenido incluye información sobre modalidades y métodos para desarrollar e implementar lineamientos de políticas para generar programas de salud ambiental, así como elementos críticos para su manejo y administración.
- *Atención a la Mujer: Curso de perfeccionamiento sobre el tema.* Tuvo lugar en la Escuela Nacional de Salud Pública de la Fundación Oswaldo Cruz en Rio de Janeiro, del 4 al 28 de agosto pasado; estuvo orientado a enfatizar aspectos de educación sanitaria que son críticos en los ámbitos en que se desarrolla el trabajo femenino.
- *Curso de especialización en psiquiatría social.* Tuvo lugar también en la Escuela Nacional de Salud Pública de Rio, habiéndose iniciado el 21 de septiembre pasado, con una duración de cuatro meses; aborda el problema de los procesos sociales y salud, los determinantes históricos e ideológicos de las técnicas de intervención en salud mental, y propone una metodología para la investigación en salud mental.

- *Curso de especialización en salud del trabajador y ecología humana.* Comenzó el 1 de septiembre pasado en São Paulo con una duración de cuatro meses; involucra aspectos de legislación, actuación sindical y gubernamental en relación con la salud del trabajador; aborda igualmente cuestiones del estudio del trabajo y la comprensión del proceso de producción, la vigilancia de la salud en el trabajador, las enfermedades relacionadas con el trabajo y la política de salud de los trabajadores.

### **XXX CONGRESO BRASILEIRO DE EDUCACION MEDICA**

Del 16 al 20 de noviembre de 1992 tuvo lugar el evento de la referencia, que esta vez ha tenido por sede la Universidad Estatal de Londrina, en el estado de Paraná; la responsabilidad organizativa recayó en la mencionada Universidad y la Asociación Brasileña de Educación Médica; el Congreso ha servido de marco, además, para la realización del II Foro Nacional de Evaluación de la enseñanza médica en Brasil. Temas sobresalientes de la reunión lo constituyeron la presentación de una visión sobre la realidad de las escuelas médicas en Brasil, así como "La educación médica en América Latina: 20 años después del estudio de Juan César García" y un planteamiento sobre los desafíos para la educación médica al pasar el siglo XX, con paneles especiales para cuestiones tales como interdisciplinariedad, crítica sobre la estructura departamental y la velocidad con que el conocimiento se vuelve obsoleto, entre otros. Finalmente, se llevó a cabo un panel sobre "Panel de las escuelas médicas en la educación permanente del personal en los servicios de salud".

Tan pronto se autorice la difusión de las Memorias del XX Congreso, *Educación Médica y Salud* difundirá entre sus lectores las conclusiones relevantes para los países de la Región.

### **GRUPO DE TRABAJO SOBRE IDENTIFICACION DE NECESIDADES DE INTERVENCION EDUCATIVA**

En cumplimiento de uno de los acuerdos de la Reunión sobre Investigación en apoyo de los procesos educativos que tuvo lugar en Topes de Collantes, Cuba, en 1990, se llevó a cabo en México, D.F. en junio pasado, el encuentro de un Grupo de Trabajo constituido por representantes del Instituto Nacional de Salud Pública, de la Universidad Nacional Autónoma y de la Dirección General de Enseñanza en Salud de dicho país, del Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico y Centro de Perfeccionamiento Técnico de Cuba, de la Universidad del Valle en Colombia, de la Secretaría de Salud de la República Dominicana, y del programa de posgrado en

Salud Pública de la Universidad de Honduras, instituciones estas donde se han estado generando propuestas metodológicas diversas alrededor de esta etapa del proceso de educación permanente.

Con base en el análisis de las experiencias en curso en la Región y con el apoyo de material bibliográfico que se preparó ad-hoc, el Grupo de trabajo produjo insumos adicionales que propician un considerable avance en el proceso de construcción de esta propuesta de cambio educacional en los servicios de salud que el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos impulsa en la Región; además, el Grupo abordó cuestiones críticas como el replanteo de los conceptos de "situación-problema" y de "necesidad" en salud, la conversión del primero de estos elementos en el segundo, las opciones para traducir este en intervenciones educativas, las variables que influyen en el curso de la acción pedagógica sobre la "necesidad" y los puntos críticos que constituyen la base para los sistemas de monitoreo y seguimiento de estos procesos. El Grupo proveyó criterios para la formulación de indicadores de progreso y construyó una matriz para facilitar los trabajos de investigación de necesidades actualmente en curso por parte de los grupos nacionales representados en el encuentro.

## **GRUPO DE TRABAJO REGIONAL SOBRE SILOS Y RECURSOS HUMANOS**

Bajo la responsabilidad organizativa del Instituto Nacional de Salud Pública de México y los Programas Regionales de Desarrollo de Servicios de Salud y Desarrollo de Recursos Humanos, se llevó a cabo la reunión de la referencia del 3 al 7 de agosto pasado, en Cuernavaca, México. El encuentro constituyó uno más en el proceso de profundización conceptual y desarrollos operativos para la organización de los servicios en el nivel local, y reunió a expertos de la Región de las Américas procedentes de las instituciones formadoras de personal en salud pública y otras profesiones de salud, así como de ministerios de salud e instituciones de seguridad social.

La reunión tuvo como propósitos por una parte, avanzar en la conformación de una imagen más clara sobre el rol de las instituciones formadoras de personal en la construcción de la base humana para operacionalizar las estrategias de salud de los países, en el marco de las políticas de descentralización y reorganización de los servicios en el nivel local; por otra parte, el definir lineamientos y modalidades de trabajo para lograr la incorporación de dichas instituciones de educación superior al esfuerzo colectivo que ha significado la propuesta de SILOS desde su origen en 1989 hasta la fecha actual, y dado que se ha considerado al desarrollo de recursos humanos como uno de los pilares fundamentales de la estrategia.

El debate sobre las implicaciones que pueden tener sobre estas cuestiones las políticas de ajuste, el reordenamiento social y político que se propone para la Región y para el mundo y el comportamiento de los factores que inciden en la problemática de salud en esta etapa de transición entre lo pasado y el futuro incierto, fue un elemento adicional a los productos esperados del encuentro.

La reunión fue inaugurada por el Subsecretario de Salud de México, el Director de la OPS y el Director del Instituto Nacional de Salud Pública del país anfitrión; contó con la participación de 18 funcionarios visitantes y 14 nacionales, y produjo un Informe Final que ha sido ampliamente distribuido entre los países que participaron.

### **JORNADAS EUROLATINOAMERICANAS DE DEBATE SANITARIO**

Durante los días 5, 6 y 7 de diciembre en curso tendrá lugar en Sevilla, España, el desarrollo de las XI Jornadas Eurolatinoamericanas de Debate Sanitario, organizadas por la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Salud Pública que tiene su sede en el país ibérico. Se ha promovido la participación de profesionales de la salud pública y de otros campos conexos (ciencias sociales, economía, universidades) para debatir en seminarios y talleres, los siguientes temas: SPT/2000 y los planes de salud de la década en curso; atención primaria: 14 años después de Alma-Ata; la acción comunitaria: experiencias de Europa y de Latinoamérica, y la acción internacional para la mejora del medio ambiente.

Se desarrollarán igualmente mesas redondas y seminarios cortos sobre "Factores determinantes de las desigualdades en salud", incluido el debate sobre cuestiones tales como el sexo o género, la clase social, los grupos étnicos y las relaciones norte-sur. Finalmente, y a través de conferencias especiales seguidas de discusión, se abordarán temas como "La aldea-global y los problemas de salud", "La Comunidad Económica Europea y los problemas de salud", y "Los sistemas sanitarios para el Siglo XXI".

# LIBROS

---

## INVESTIGACION EDUCACIONAL: UNA REVISION

*Gerald Grant, Editor*

Es una obra publicada en 1991 por la Asociación Americana de Investigación Educativa, bajo la responsabilidad editorial del Dr. Gerald Grant, de la Universidad de Syracuse, New York, Estados Unidos de América, y escrita con la contribución de una serie de distinguidos profesionales norteamericanos y canadienses del área educativa.

Trata exhaustivamente distintos aspectos relativos a la investigación y la evaluación del aprendizaje, del desempeño de los estudiantes y graduados, y de los procesos que tienen lugar a propósito de cada una de estas cuestiones, señalando entre otras cosas, que las políticas educativas en la mayoría de los países han dejado de lado las consideraciones relativas a las causas por las que las evaluaciones y juicios respecto del desempeño de estudiantes y docentes resultan insatisfactorias y poco coherentes con el desempeño como técnicos o profesionales; sugiere la revisión de estas políticas al tiempo que propone la investigación de formas alternativas para dar seguimiento a los procesos de aprendizaje; reconoce que en buen número de casos, esas dificultades están relacionadas con una escasa preparación de los docentes e instructores en este aspecto esencial de los procesos de formación de personal. Considera que en este entendido, uno de los elementos que debe evaluarse y valorarse con mayor frecuencia y nitidez, es precisamente el desempeño docente.

Otros temas tratados con singular atención se refieren a la investigación que proporciona insumos para el proceso de toma de decisiones en las instituciones educativas, para formular políticas para el cambio educacional en las universidades, y sobre asuntos tales como la participación de los docentes en la toma de decisiones académicas, influencia del género en la educación primaria y secundaria, las relaciones intergrupales e interraciales en educación y otros asuntos.

Es una obra cuya lectura es recomendable para el personal que dirige instituciones formadoras de personal que trabaja en distintos campos.

Mayor detalle e información al respecto puede obtenerse dirigiéndose a The American Educational Research Association, 1230 Seventeenth Street, NW, Washington, D.C.

## **S**AUDE, AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO

*María do Carmo Leal, Paulo Chagastelles Sabroza, Paulo Marchiori Buss y Rodolfo H. Rodríguez*

Esta obra en dos tomos forma parte de la colección Saúde em Debate, que examina distintas cuestiones surgidas en el escenario brasileño a propósito del modelo de desarrollo implantado en el país en las últimas décadas, y que "generó una sociedad y un espacio territorial profundamente desiguales, pero con conexiones que le dan un carácter integrado y que se reproduce en todas las escafas, dando lugar a una modernización incompleta, que repercute de forma aguda sobre el ambiente y la salud." Es fruto de un trabajo colectivo de los Dres. María do Carmo Leal, Paulo Chagastelles Sabroza, Paulo Marchiori Buss y Rodolfo H. Rodríguez, profesores de la Escola Nacional de Saúde Pública de la Fundación Oswaldo Cruz los tres primeros, y Representante de la OPS/OMS en Brasil (en ese entonces), el último. Contribuyen además un amplio núcleo de profesionales brasileños relacionados con el tema.

Consta de dos volúmenes que cubren la cuestión a tratar en dos áreas: un análisis interdisciplinario el primero, y los procesos y consecuencias sobre las condiciones de vida el segundo.

El libro examina las relaciones entre desarrollo, ambiente y salud, y las que existen entre estos y los aspectos demográficos y laborales en el país; los problemas relacionados con el proceso de trabajo en salud, con el comportamiento endémico/epidémico de las enfermedades transmisibles, con la reproducción humana y la vigilancia sanitaria, son algunos de los temas que hacen de esta obra lectura obligada para los interesados en estos problemas.

La obra ha sido editada bajo los términos del convenio entre la empresa editora Hucitec, y la Asociación Brasileira de Salud Colectiva.

# **HISTORIA DE LA EDUCACION EN SALUD PUBLICA**

*Elizabeth Fee y Roy Acheson, Editores*

Publicada en 1991 por The Oxford University Press y editada por los Drs. Elizabeth Fee de la Universidad Johns Hopkins de Baltimore, Estados Unidos, y Roy Acheson, profesor emérito de la Universidad de Cambridge. El libro examina el desarrollo histórico de la educación y el entrenamiento en salud pública a través de un estudio comparativo entre Inglaterra y los Estados Unidos que cubre desde los inicios de la salud pública (como especialidad médica en Inglaterra, como un campo de trabajo mas amplio y diversificado en los Estados Unidos), hasta el diseño y la aparición de las primeras escuelas de salud pública en el siglo XIX, las crisis y cuestionamientos a que han sido sometidas en el siglo XX, dadas las fuerzas sociales, políticas y económicas que han conformado una imagen diferente de la salud pública como campo de trabajo y por ende, de la educación, y finalmente la configuración de una nueva forma de liderazgo en el campo de la salud pública que se avizora para el comienzo del siglo XXI.

Probablemente el mayor mérito de la obra radique precisamente en que señala caminos para el futuro, a partir de las experiencias (buenas o malas) del pasado, en dos países pioneros en el campo.

# **COMO ESTUDIAR UN ESTUDIO Y PROBAR UNA PRUEBA: LECTURA CRITICA DE LA LITERATURA MEDICA**

*Richard K. Riegelman y Robert P. Hirsch. Publicación Científica 531 de la OPS. Washington, D.C., 1992*

La obra es fruto del trabajo de los Dres. Richard K. Riegelman y Robert P. Hirsch; el primero de ellos es Profesor de Atención a la Salud en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad George Washington y Director del Programa de Maestría en Salud Pública de la misma Universidad; el segundo es Profesor Asociado y Jefe Asociado de Atención a

la Salud de la misma Facultad. Ambos han escudriñado el problema que en la actualidad constituye la avalancha de información y datos procedentes de innumerables investigaciones frente al tiempo cada vez menor de que disponen la mayoría de los médicos para la lectura, así como el problema aún mayor de "cómo evaluar con exactitud y en forma eficiente toda esa información para poder incorporarla a la práctica clínica". Señalan los autores que el propósito de la obra es "enseñar un método práctico y progresivo de lectura cuidadosa, crítica y, en última instancia, más eficaz de la literatura médica". Se sugieren ejercicios para detectar errores, se reorganiza la información sobre pruebas estadísticas a través de una redefinición de sus implicaciones y suposiciones; se ofrece además un marco uniforme sobre el que se puede basar una crítica a un artículo de investigación cualquiera, no importando el tema ni su extensión; presenta igualmente un marco organizado para facilitar al médico clínico la reflexión sobre problemas, especialmente de diagnóstico diferencial.

Además de las cuatro secciones fundamentales (El estudio de un estudio, La prueba de una prueba, La tasación de una tasa, La selección de una prueba estadística) el libro incluye, al final, un amplio Glosario de términos médicos, sanitarios y de investigación, que viene a ser un instrumento adicional de ayuda a los que tienen que leer constantemente (e incorporar a su quehacer) la copiosa literatura que caracteriza al mundo científico de hoy.

## INDICE DEL VOLUMEN 26 (1992)

### *Educación Médica y Salud*

#### A

- Abramzón, Mónica C., 128  
Administración  
  estratégica local, reunión regional, 173-174  
  problemas e inquietudes de los médicos, 513-524  
Alvarez, L., 82  
Amate, A., 536  
Anzola Pérez, E., 426  
Arámbulo, III, P., 263  
Araújo, S. P. Correa de, 430  
Argentina, 128-142, 176  
Arroyo Laguna, J., 51

#### B

- Borrell Bentz, Rosa M., 143  
Brasil, 151, 172-173, 280-284, 444, 544-550, 563, 565

#### C

- Canadá, 453-468, 469-493, 494-512, 513-524, 525-534  
Capacitación  
  avanzada en desarrollo de recursos humanos, 177-190  
  del médico en la medicina física y rehabilitación, grupo de estudio de la OPS, 536-543  
Cardaci, D., 115  
Carvalho Rodrigues, Cláudio R., 280  
Centro de información en recursos humanos, 285

#### Ciencias sociales

- en la formación del odontólogo, 106-114  
  en la formación de personal de salud, 1-3  
  en la formación del profesional de enfermería, 82-105  
  y la formación en educación para la salud, 115-127  
  historia y educación médica, 35-50  
  propuesta de la Universidad de Buenos Aires, 128-142  
Cientificismo y arcaísmo en el Perú, modernización, 51-69  
Clark, S., 525  
Colombia, 285-286  
Combinación de métodos en el trabajo interdisciplinario, 4-34  
Conferencia Nacional de Salud en Brasil, IX, 173  
Congreso brasilero de educación médica, XXX, 565  
Congreso brasilero de salud colectiva, III, 444  
Contandriopoulos, André-Pierre, 494  
Córdova, Y., 106  
Cuba, 277-280, 286-287  
Curso de especialización en salud pública en la seguridad social, 550-562  
Curso latinoamericano de recursos humanos en salud, 172-173  
Cursos de estudios de posgrado, 564-565  
Chile, 173-174, 191-205

**D**

Duarte Nunes, E., 70  
Dussault, G., 453, 469

**E**

Ecuador, 151  
Educación médica  
  congreso brasilero, XXX, 565  
  historia y ciencias sociales, 35-50  
  sistema de principios y dialéctica, 251-262  
Elias, I. A., 550  
Encuentro de investigación bio-médica en México, 448  
Enfermería  
  ciencias sociales en la formación del personal, 82-105  
  experiencia de Alberta, 525-535  
  liderazgo en, 242-250  
  pediátrica en Brasil, 544-550  
  programa de desarrollo en Cali, Colombia, 285-286  
  reunión de Escuelas de Centroamérica, II, 175  
Escobedo de la Peña, J., 550  
España, 567  
Estados Unidos de América, 174, 288-289, 445

**F**

Ferreira, José R., 3, 294, 452  
Formación médica en el Perú, 51-69  
Fournier, Marc-André, 494  
Franco A., S., 3

**G**

Gero-odontología, educación, 426-429  
Godue, C., 277, 453  
González, R., 426  
Grupo de consulta sobre teoría y práctica de la salud pública en las Américas, 174-175  
Grupo de estudio sobre Capacitación de Especialistas en Medicina Física y Rehabilitación, 536-543  
Grupo interprogramático "APS, Recursos Humanos y Sistemas Locales de Salud", 287  
Grupos de trabajo  
  sobre evaluación de los posgraduados en medicina social, 151-171  
  sobre identificación de necesidades de intervención educativa, 565-566  
  en investigación sobre personal de salud, 288-289  
  sobre SILOS y recursos humanos, 566-567  
Guatemala, 175  
Guillespie, G., 426

**H**

Hernández Hernández, D. M., 550  
Hernández, M., 35  
Historia, ciencias sociales y educación médica, 35-50

**I**

Infante, Nohemy B. de, 82, 242  
Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá, 176

Italia, 116-127  
Izabel dos Santos, homenaje, 563

## J

Jardínez Méndez, José B., 277  
Jornadas eurolatinoamericanas de debate sanitario, 567

## K

Klaindorf Shainblatt, B., 251

## L

Landazábal G., N., 82  
Lemieux-Charles, L., 513  
Libros, 290-292, 568-571  
Lima, Regina A. G. de, 544

## M

Mariño, R., 426  
Medicina física y rehabilitación, grupo de estudio, 536-542  
Medicina social, grupo de trabajo sobre evaluación de los posgraduados, 151-171  
Medicina veterinaria, situación actual y futura, 263-276  
Melo Rocha, S. M., 544  
México, 151, 176, 448, 550-562, 565-566, 567  
Muerte, educación de los profesionales de salud, 430-443

## N

Noticias, 172-176, 285-292, 444-450, 563-567

## O

Odontología  
ciencias sociales y formación del personal, 106-114  
estado de la educación, en América Latina, 426-429  
y sistemas locales de salud, 287-288  
Organización Panamericana de la Salud  
grupo de estudio sobre capacitación de especialistas en medicina física y rehabilitación, 536-543  
grupo de trabajo sobre salud bucal y sistemas locales de salud, 287-288  
Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, 172-173, 175-176, 285, 288-289, 445, 448-450  
reunión regional sobre administración estratégica local, Chile, 173-174  
Taller Nacional del Comité Asesor de Becas, Cuba, 277-280

## P

Personal de salud  
ciencias sociales en la formación del, 1-3  
experiencia de Quebec en la planificación del, 494-512

Personal de Salud (*cont.*)  
 grupo de consulta sobre desarrollo de procesos educativos, 445  
 grupo de trabajo e investigación sobre, 288-289  
 Perú, 51-69, 446  
 Planificación  
 análisis de los modelos de, 206-224  
 estratégica en el desarrollo de los servicios de salud en Chile, 191-205  
 estratégica en educación superior, 446  
 de recursos humanos  
 aportes para una metodología, 177-190  
 la experiencia canadiense, 453-468  
 de salud en América Latina, 206-224  
 del personal médico en Quebec, 494-512  
 Programas de posgrado, revisión, 175-176

Q

Quevedo, E., 35

R

Recursos humanos  
 capacitación avanzada en desarrollo de, 177-190  
 centro de información, 285  
 ciencias sociales en la formación del personal de salud, 1-3  
 curso latinoamericano, 172-173  
 formación en el área de educación médica, 280-284

grupo de trabajo sobre SILOS y, 566-567  
 planificación y gestión en el Canadá, 453-468  
 proceso de capacitación avanzada en el desarrollo de, 448-450  
 programa de becas en la formación de, 277-280  
 reunión subregional de directores de, Primera, 447-448  
 y sistemas locales de salud, grupo interprogramático, 287  
 taller subregional de información bibliográfica, 446-447  
 República Dominicana, 143-150, 176  
 Reseñas, 151-171, 277-284, 426-443, 536-561  
 Reunión de las escuelas de enfermería de Centroamérica, II, 175  
 Reunión regional sobre administración estratégica local, 173-174  
 Riego Abreu, Amalia del, 143  
 Rodríguez, M. I., 277  
 Roseira Boemer, M., 430  
 Rovere, Mario R., 177  
 Ruíz, A., 263  
 Ruiz, L., 294

S

Salinas Portillo, H., 191  
 Salud  
 análisis de los modelos de planificación en América Latina, 206-224  
 centro universitario de ciencias, propuesta, 128-142  
 ciencias sociales en la formación de personal de, 1-3

Salud (cont.)

- formación en educación para la, 115-127
- Conferencia Nacional en Brasil, IX, 173
- curso latinoamericano de recursos humanos, 172-173
- desarrollo de la acción intersectorial, 225-241
- grupo de trabajo en investigación sobre personal de, 288-289
- marco teórico para el desarrollo de la acción intersectorial, 225-241
- modelo de prestación de servicios de, 295-422
- planificación estratégica de los servicios de, 191-205
- problemas e inquietudes de los médicos en la administración de, 513-524
- programa de becas para la formación de recursos humanos, 277-280
- reglamentación profesional y producción de servicios de, 469-493
- revisión de programas de posgrados, 175-176
- Salud bucal y sistemas locales de salud, 287-288
- Salud pública
  - en la seguridad social, curso, 550-562
  - fortalecimiento de la enseñanza en la República Dominicana, 143-150
  - grupo de consulta sobre teoría y práctica en las Américas, 174-175
- Samaja, J., 4
- Serrano Cisneros, M. M., 277

- Sigerist, Henry E., pionero de la medicina social moderna, 70-81
- SILOS (*véase* Sistemas locales de salud)
- Sistemas locales de salud
  - grupo interprogramático en cursos humanos y, 287
  - grupo de trabajo de la OPS, 287-288
  - grupo de trabajo regional, 566-567
  - y recursos humanos, grupo interprogramático, 287
  - y salud bucal, 287-288
- Snell, S. E., 525
- Silva Rojas, P., 191
- Silvan Scochi, C. G., 544
- Souza, M. B. Brito de, 430
- Suárez, J., 225

T

- Taller Nacional del Comité Asesor de Becas, Cuba, 277-280
- Taller de Perfeccionamiento Médico, Segundo, Cuba, 286-287

V

- Valle, Elizabeth R. Martins do, 430
- Venezuela, 111-114, 151, 287
- Veronese Rodrigues, Maria de L., 280
- Veterinaria, situación actual y futura de la medicina, 263-276

Y

- Yazlle Rocha, Juan S., 206

W

- Wright, S., 525

**O**RGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD  
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

**O**RGANIZACION 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 • PLANIFICACION  
Y GESTION DE LOS RECURSOS HUMANOS •  
REGLAMENTACION PROFESIONAL •  
PLANIFICACION DEL PERSONAL MEDICO •  
LOS MEDICOS EN LA ADMINISTRACION •  
LA ENFERMERIA EN ACCION • RESEÑAS •  
NOTICIAS • LIBROS

