

Volumen 28, No. 4
Octubre/diciembre 1994

Educación Médica y Salud

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

E DUCACION MEDICA Y SALUD

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

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

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

ISSN 0013-1091

Últimos números publicados:

Vol. 28, No. 2: La diversificación del trabajo en recursos humanos en las Américas.

Vol. 28, No. 3: México: un esfuerzo conjunto para el desarrollo de recursos humanos para la salud.

Educación Médica y Salud

Volumen 28, No. 4
Octubre/diciembre 1994

ARTÍCULOS

- 463 **Planificación de recursos humanos para la salud. Papel del Estado y de los grupos profesionales.** *Gustavo Nigenda*
- 478 **Gestão dos recursos humanos e qualidade dos serviços de saúde.** *Gilles Dussault*
- 490 **Calidad total—Nuevo recurso para los hospitales de América Latina: el ingeniero gerencial.** *Humberto M. Novaes*
- 507 **Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: aspectos históricos e desenvolvimento dos cursos de mestrado e doutorado.** *Everardo Duarte Nunes*
- 522 **Evolución y tendencias de la matrícula médica en la provincia de Córdoba.** *R. H. Rodríguez, G. Argento, A. Carbonetti y M. Oliber*

RESEÑAS

- 545 **Capacitación de médicos en epidemiología. Una experiencia en los servicios.** *América Mazariegos de Fernández, Joaquín Salcedo, Miguel Machuca y Otto Zeissig*
- 556 **Propuesta metodológica para los contenidos de promoción y prevención del programa de medicina general integral.** *Silvia Martínez Calvo*
- 562 **La mujer en la odontología en la ciudad de México. Su formación a niveles de licenciatura y posgrado.** *Víctor López Cámara*

576 NOTICIAS

DOCUMENTO

- 581 **Declaración de Rio**

584 LIBROS

- 588 **Índice del Volumen 28, 1994.**



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

CONSEJO EDITORIAL DE EDUCACION MEDICA Y SALUD:

- Dr. José Roberto Ferreira, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS (Presidente)
- Dr. Pedro Brito, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS (Secretario)
- Dra. Judith Navarro, Programa de Publicaciones, OPS
- Dr. Jean Pillet, Banco Mundial
- Dr. Carlos Martini, American Medical Association
- Ing. Horst Otterstetter, Programa de Salud Ambiental, OPS

INFORMACION PARA LOS AUTORES

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

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

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

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

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

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

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

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

PLANIFICACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD. PAPEL DEL ESTADO Y DE LOS GRUPOS PROFESIONALES

*Gustavo Nigenda*¹

INTRODUCCIÓN

En los últimos años la búsqueda de soluciones para mejorar la eficiencia de los servicios de salud ha sido un tema de gran importancia. En muchos países desarrollados los costos de la atención médica han aumentado, y aunque la mortalidad infantil y otros indicadores de salud han mejorado, no ha sido con gran rapidez. Por otra parte, a pesar de que la tecnología médica ha tenido un gran avance, millones de personas en países en desarrollo mueren aún por enfermedades prevenibles, debido a la dificultad en el acceso a los servicios de salud.

En el centro de estos problemas está la participación estatal. A partir de la segunda guerra mundial, el crecimiento económico sostenido en muchos países fue asociado al desarrollo de una amplia provisión pública en las áreas de salud y servicios sociales. Sin embargo, las mismas instituciones que después de la guerra fueron vistas como benéficas e integrales para el desarrollo social exitoso, durante los años ochenta se consideraron como una carga que inhibía el crecimiento económico (1). Actualmente es motivo de discusión el grado en que el Estado debe intervenir en la organización y control de los servicios de salud y la distribución de los recursos. Quienes proponen el retiro del Estado y la privatización de los servicios, señalan que la intervención estatal ha llevado al aumento de la ineficiencia de los servicios.

¹ Investigador Asociado. Centro de Investigaciones en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública. Candidato a doctor por la Escuela de Economía y Ciencia Política de Londres, Universidad de Londres.

A fin de aportar rigor a la discusión, Hollingsworth et al. (2) definieron recientemente la intervención estatal como una variable independiente para explicar el comportamiento de cuatro variables asociadas a la organización y funcionamiento de los servicios de salud en cuatro países desarrollados con distintos niveles de participación pública. Las variables a explicar fueron los costos de la atención, la 'eficiencia social' (relación entre gasto y mortalidad general), la innovación tecnológica y la distribución de los recursos para la salud. A partir de la construcción y análisis de modelos multivariados, dichos autores encontraron que una mayor intervención estatal asegura un control adecuado de los costos, mejora la relación entre el gasto en salud y la mortalidad, tiende a difundir con mayor facilidad las tecnologías de bajo costo y promueve una mayor equidad en la distribución de los recursos.

Hollingsworth et al. (2) coinciden con quienes proponen que la intervención estatal en los servicios de salud no ha sido suficientemente eficiente y que frecuentemente no ha cumplido con los objetivos propuestos. Sin embargo, opinan que la privatización de los servicios médicos no parece ser el remedio para las limitaciones de los modelos de intervención estatal. La estrategia más promisoría al parecer es una intervención estatal más eficiente. En particular, proponen que el Estado debería enfocar más su atención en aspectos de la oferta tales como la cantidad, la calidad y la ubicación de los recursos para la salud, y crear mecanismos efectivos para integrar y coordinar la relación entre la oferta y la demanda. Proponen además que el Estado debería utilizar también sus poderes legales y estatutarios para cumplir con los objetivos de la política sanitaria, en lugar de utilizar los fondos públicos para estimular las relaciones de mercado entre proveedores y consumidores. Finalmente señalan que para que un sistema sea equitativo y eficiente requiere el control del Estado en los siguientes aspectos: el financiamiento de la atención a la salud, la distribución de los recursos y la producción de recursos humanos.

Sin embargo, en la actualidad la privatización, o los programas encaminados hacia ella, es una tendencia que se observa en muchos países tanto desarrollados como en vías de desarrollo. Marmor, Bridges y Hoffman (3) sugieren que quienes más abiertamente apoyan el retiro del Estado en la organización de los servicios en los Estados Unidos, Inglaterra y Francia son los proveedores de atención médica, particularmente los grupos profesionales, quienes recientemente han recibido apoyo por parte de líderes empresariales, académicos de instituciones de investigación y la industria de seguros.

Desde luego, no todos los proveedores ven con simpatía esta tendencia. En el período de depresión económica que ha vivido recientemente Gran Bretaña, muchos médicos especialistas prefieren trabajar para el Sistema Nacional de Salud donde reciben un salario base al que se le

suman los incentivos por el buen desempeño y la seguridad de tener un empleo.

Gran Bretaña ha iniciado la reestructuración de su servicio de salud que consiste básicamente en la creación de 'cuasi-mercados' —también conocidos como mercados internos— (4) que en teoría amplían la posibilidad de elección del consumidor, reducen los procedimientos burocráticos y hacen más eficiente la entrega de servicios. Otros países en Europa han adoptado este modelo o partes de él.

Estos cambios tienden a diversas implicaciones en la producción y utilización de recursos humanos y por lo tanto en los preceptos en los que se basa su planificación. Implícitamente la eficiencia de los servicios supone una tendencia hacia una mejor utilización en el uso de la tecnología y los sistemas administrativos, y a reducir la aplicación de la fuerza de trabajo humano. Así, aquellos hospitales que han optado por integrarse al esquema de cuasi-mercados han rescindido los contratos de cientos de trabajadores, incluido gran parte del personal profesional, a fin de reducir sus gastos de operación (4). Este proceso precisa de una redefinición de la relación de poder entre el Estado y los grupos profesionales, así como la inclusión de otros grupos (particularmente la tecnocracia administrativa) cuyos intereses no necesariamente coinciden con los del Estado o los de los profesionales (3).

El poder de los profesionales dentro de las instituciones y su capacidad para hacer prevalecer su decisión en la distribución de los recursos de acuerdo a criterios técnicos, parece ir en disminución (5). Es decir, como consecuencia el papel de los grupos profesionales dentro de las instituciones también tiende a redefinirse (6-8). Ante este panorama, la planificación de recursos humanos tiene ante sí nuevos retos que afrontar.

Tomando en consideración que en estos cambios es determinante la participación de diversos grupos, vale la pena preguntarse si es posible, bajo las condiciones prevalecientes, planear la formación, utilización y distribución de recursos humanos para la salud y sobre qué bases. Los siguientes apartados se centran sobre esta discusión haciendo énfasis en el caso mexicano.

PROBLEMAS PARA LA PLANIFICACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

La discusión que se da actualmente en torno a la intervención estatal en salud en diversos países desarrollados y sus cambios en un futuro próximo, podrían tener importantes implicaciones en la transformación de los sistemas de salud de países de otras regiones del mundo, si estas tendencias se difunden. Ante esta situación, la planificación se ha propuesto

como una opción viable para guiar la toma de decisiones. Sin embargo, las expectativas sobre los alcances de la planificación son diversas. Desde los que la consideran como el mecanismo ideal para determinar las necesidades futuras (de corto y mediano plazo), hasta los que no le conceden ningún valor práctico dado que consideran que el proceso de toma de decisiones en muchas sociedades se basa en una negociación cotidiana e inmediata entre actores políticos con poder similar (9); o porque perciben la distribución socializada de servicios y recursos como totalmente dependiente de las fluctuaciones de la producción económica (10). No obstante, la planificación ha sido propuesta desde hace varios años para guiar la formación y utilización futura de recursos humanos para la salud (11).

Quizás el reto más importante de la planificación de recursos humanos para la salud sea el apoyo a la estrategia de atención primaria a la que los gobiernos de muchos países se comprometieron en Alma-Ata hace 16 años. En México, por ejemplo, la extensión de la cobertura en muchas zonas que no cuentan con servicios de salud, requiere contar con personal con la capacidad técnica adecuada, con el compromiso social de trabajar en zonas geográficas que no ofrecen los beneficios del mundo urbano y con pacientes con una cultura médica propia, generalmente ajena a la del proveedor.

En diversos países en vías de desarrollo, la problemática identificada en torno a la formación y utilización de recursos humanos para la salud ha sido considerada como altamente compleja, a juzgar por la opinión de los organismos internacionales involucrados en su estudio (12). Al analizar el desarrollo de las políticas aplicadas al problema, debe considerarse en primer lugar que establecer un juicio respecto a los resultados obtenidos en la formación y utilización de médicos y otros grupos ocupacionales del campo de la salud en cada país, es relativo. En 1986 la mayor parte de los países de América Latina consideraba excesivo el número de médicos por habitante alcanzado en esa fecha (12). Sin embargo, Cuba, con la relación de médicos por habitante más alta entre los países de la Región la consideraba apenas adecuada. Es decir, en una valoración de este tipo los diversos elementos que intervienen deben ser considerados según las condiciones político-económicas prevalecientes en cada país, los objetivos que persiguen sus programas de planificación y salud y los logros obtenidos por ellos.

Recientemente se ha considerado que la planificación no puede ser estudiada ni llevada a cabo tomando solo en cuenta la relación entre oferta y demanda aislada del contexto político y social específico. De hecho economistas como Lee y Mills (13) estiman que la planificación en sí misma es altamente influida por la capacidad de poder que cada uno de ellos concentra. De esta forma la planificación se debería entender como un proceso político cuyo resultado no necesariamente es aquel que uno podría

plantear sobre una base estrictamente técnica. En este proceso los grupos involucrados tienen capacidades distintas para hacer que sus posiciones y puntos de vista prevalezcan. A ello se debe añadir la capacidad misma que los diversos grupos tienen para dominar los resultados finales de acuerdo con una gran variedad de circunstancias (13).

Por otra parte, debe considerarse que estos autores conciben la planificación bajo la perspectiva de un sistema político de corte demócrata liberal (14) donde el poder entre los grupos involucrados frecuentemente se encuentra disperso. En un sistema corporativista² la premisa de la planificación como proceso político se sostiene, pero el resultado de las negociaciones normalmente tienden a reflejar los intereses de aquellos actores que tienen mayor capacidad de representación dentro del sistema.

El Estado ha sido uno de esos actores. Se ha observado que en aquellos países en donde el Estado se otorga a sí mismo, u obtiene por consenso, la responsabilidad de salvaguardar los intereses de la sociedad en común, sin competidores que puedan influir u oponerse a las decisiones, es donde la planificación racional ha alcanzado más fácilmente sus objetivos. El impresionante porcentaje de mujeres médicas obtenido en la desaparecida Unión Soviética como resultado de una política premeditada del Estado que alcanzó el 70% del total de facultativos a principios de los años ochenta, tenía como fin concentrar a la fuerza de trabajo masculina en otras áreas como la milicia y las ciencias básicas (15). También puede citarse el caso de los médicos descalzos en China cuyo propósito era el de proveer servicios médicos a las zonas más aisladas dentro de su territorio. Ambos son ejemplos claros de la capacidad que el Estado puede tener para controlar la producción y utilización de recursos humanos en economías de planificación centralizada. En contraste, en aquellos países donde el poder no se encuentra tan concentrado en un solo actor, o donde existen grupos dentro del Estado con capacidad y poder similar pero con proyectos distintos, la planificación como un ejercicio racional es muy difícil de lograr.

En el sistema político norteamericano se puede ejemplificar esta última situación. Según Ginzberg (16) la profesión médica organizada, a través de su representante la Asociación Médica Americana (AMA), había diagnosticado la existencia de una sobreoferta de médicos en caso de que el gobierno cediera a las presiones de otros grupos sociales para aumentar la matrícula a esta carrera. La capacidad de representación y el poder obtenido por la AMA le permitieron obstaculizar esta decisión hasta principios de los años setenta, a pesar de que múltiples estudios independientes

² Donde, según Schmitter, el Estado tiene la capacidad de organizar a los individuos o grupos en estructuras jerarquizadas, autoritarias, no competitivas y dependientes de él, para la representación de sus intereses. En este arreglo el poder social normalmente se encuentra concentrado en el Estado.

habían mostrado la necesidad de aumentar el ingreso de nuevos estudiantes para satisfacer la demanda de médicos que aún existía en diversas entidades.

A todo esto se debe sumar lo que Abel-Smith (11) ha señalado insistentemente en los últimos años y que es la disponibilidad de recursos financieros. Así, a pesar de que esta disponibilidad es un elemento que los planificadores normalmente consideran, los mecanismos a través de los cuales estos se hacen disponibles no se toman en cuenta. La forma de acceder a los recursos involucra comúnmente decisiones de tipo político. Abel-Smith (11) propone que lo primero que hay que hacer antes de echar a andar un programa de planificación de recursos humanos es asegurarse de la disponibilidad de recursos financieros a fin de ejecutar el programa y no como se hace comúnmente: iniciar los proyectos e intentar obtener los recursos sobre la marcha. Ello no implica renunciar a la búsqueda de más recursos financieros, pero asegura la utilización adecuada de los recursos obtenidos que son tan escasos en nuestro medio.

Como se ha sugerido en trabajos anteriores (17, 18), en México la planificación no ha sido el motor que ha guiado la producción y utilización de los recursos humanos para la salud. En realidad, a lo largo de los últimos 20 años estas dos actividades se han llevado a cabo sobre la base de una capacidad financiera coyuntural y además no se han dirigido a atender las necesidades de salud de la población sino a satisfacer la demanda del modelo prevaleciente de organización médica. Este modelo ha sido dominado por la medicina especializada que se caracteriza, entre otras cosas, por dirigir la mayor parte de los recursos disponibles hacia las unidades de atención de segundo y tercer nivel (18), tanto en el sistema de seguridad social como en el de atención a la población abierta, dejando en muchas ocasiones en posición de debilidad al primer nivel, que es donde la mayoría de los problemas de salud de la población podrían encontrar una solución a través de la medicina de carácter preventivo y anticipado.

PAPEL DEL ESTADO EN LA OFERTA, LA DEMANDA Y LA DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS MEXICANOS

México se reconoce internacionalmente como un país que ha sido capaz de llevar a cabo un proyecto de industrialización que por 40 años mantuvo altas tasas de crecimiento económico (1940–1980). A esto siguió un período de severa crisis económica, que creó impresionantes desigualdades dentro de los sectores de la sociedad pero que sin embargo ha mantenido una estabilidad política única para un país en desarrollo. El carácter corporativista del Estado mexicano (20–21) es un elemento fundamental para entender por qué el país ha podido combinar tales características. Ese carácter también ha sido determinante para guiar la distribución de los recursos para la salud (22–24).

Existen ya algunos estudios de los grupos profesionales en el campo de la salud (17). Su interés se ha centrado básicamente en explicar el papel que han jugado los diversos grupos de la corporación en la determinación de la política de formación y empleo de los médicos mexicanos. El desarrollo de la profesión médica dentro de este sistema político ha afectado de manera particular a tres de sus características principales. A continuación se describen en detalle.

Oferta. Solo una de las recomendaciones del Informe Flexner fue aplicada en el caso de México para guiar la formación de médicos.³ La disparidad de fuerzas entre el Estado y la profesión no permitió a esta última presionar para la aplicación de la segunda recomendación como había sucedido en los Estados Unidos. Sin embargo, una transformación importante se dio con la implantación del modelo de educación médica que planteaba el citado informe el cual sustituyó a la educación personalizada, generalista de la tradición francesa (25). El modelo flexneriano ganó terreno en pocos años y en 1970 predominaba en casi la totalidad de los centros educativos, con excepción de algunas escuelas, básicamente las que promovían la enseñanza de la medicina homeopática. Este predominio se fortaleció debido a que la demanda de médicos por parte de las instituciones públicas fue enfocada estrictamente sobre médicos educados sobre la base de este modelo, excluyendo por completo a los practicantes de cualquier otro tipo de medicina.

Es decir, aunque bajo la Ley de Profesiones, la cual regula la práctica profesional en el país desde 1944, tanto los médicos alópatas, los médicos homeópatas y los quiroprácticos se encontraban legalmente autorizados para ejercer. En realidad, la expansión de los primeros fue inducida fundamentalmente por la intensa demanda que sobre ellos ejerció el crecimiento de las instituciones de seguridad social y que más tarde se centró en aquellos médicos que eran capaces de cursar la educación de especialidad.

En un momento de la etapa de consolidación del modelo flexneriano en México, la oferta de médicos fue tanto cuantitativa como cualitativamente compatible con la demanda de las instituciones (17), aunque nunca lo fue con la necesidad de atención médica por parte de la población en su conjunto. Pero como comúnmente sucede con los puntos de coincidencia, su duración fue muy breve. La separación se inició de nuevo; las tendencias dinámicas de la oferta y la demanda que las llevaron a coincidir por un momento, a partir de que este terminó, iniciaron de nuevo un

³ La primera recomendación —la adoptada en México— estaba relacionada con la reestructuración del currículo para la formación del médico. La segunda se preocupó por garantizar un mínimo de calidad en la educación y de hecho se utilizó en los Estados Unidos para cerrar muchas escuelas que no cumplían con los estándares.

proceso de diferenciación que se tradujo en un exceso de médicos que sobrepasó los requerimientos del sistema de atención. Aquí vale la pena señalar que fueron los intereses de la profesión los que más se vieron afectados cuando la oferta de médicos sobrepasó la demanda institucional. Abel-Smith (27) plantea que juega a favor de los intereses de la profesión médica mantener restringido el nivel de la oferta. Esto es debido a que los salarios o el pago por servicio otorgado que recibe un médico tiende a incrementarse cuando su capacidad de trabajo es escasa en el mercado.

De esta forma, en momentos de crisis tanto financiera como social a mediados de los años setenta, la respuesta del Estado mexicano ante la incapacidad de generar espacios de trabajo, fue la de crear espacios de educación.

La masificación de las escuelas públicas fue utilizada como una estrategia para satisfacer la demanda de amplios sectores de la población por educación que pronto llevó al decaimiento de la calidad. A partir de entonces la educación especializada se convirtió en el elemento clave que permitía a los médicos encontrar un puesto de trabajo. De esta forma, cuando el desempleo y el subempleo entre los médicos también se masificaron, no todos los integrantes de la profesión se vieron afectados de la misma manera y el grado de especialización mostró ser una variable íntimamente relacionada con este efecto (28).

La formación de médicos orientada hacia la atención primaria iniciada en el país a principios de los años setenta, buscaba entrar en consonancia con los planes del gobierno federal para extender la medicina institucional a poblaciones que nunca habían tenido contacto con ella. En el sector salud nació el primer Programa de Solidaridad dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social (29). En el seno de las universidades públicas aparecieron programas como el Plan A-36 de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el Plan Guadalupe de la Universidad Autónoma de Nuevo León, la licenciatura en medicina de la Universidad Autónoma Metropolitana, los programas modulares de las Escuelas Nacionales de Educación Profesional de la Universidad Nacional Autónoma de México y otros en diversas universidades del país.

El papel de la educación privada también ha empezado a destacarse de manera influyente en la determinación de las características de la oferta y su capacidad para posibilitar el acceso al nivel de educación superior y al mercado de trabajo, y requiere de investigación futura.

Demanda. El subsector que tradicionalmente ha ejercido predominio sobre la demanda de los profesionales de la salud ha sido el de la seguridad social, ya que desde sus inicios en 1943 fue considerado por el Estado como el sector que otorgaría servicios asistenciales a la población obrera incorporada al proceso de producción industrial (30). Entre los años cincuenta y sesenta la seguridad social se consolidó como el prestador de

servicios más importante al instaurarse dicha prestación para los trabajadores públicos. En consecuencia, la creación de las grandes instituciones de salud que se inició en la década de los cuarenta dio origen a una gran demanda de facultativos que pronto llenaron los puestos ofrecidos.⁴ Mientras la economía mexicana crecía sobre la base de un proyecto de industrialización en las áreas urbanas, las instituciones de seguridad social concomitantemente crecieron y se consolidaron, con lo que la oferta fue absorbida fácilmente.

Pero al mismo tiempo que el modelo de crecimiento, y en consecuencia las instituciones bajo su control, enfrentaron fases de crisis que detuvieron el desarrollo de su infraestructura, la producción de médicos comenzó a rebasar la capacidad de las instituciones para emplearlos. Los signos más claros de este desequilibrio fueron el desempleo y subempleo que durante la década de los ochenta no permitían casi a la tercera parte de los médicos del país poner en práctica sus conocimientos adquiridos (31). La educación especializada como hemos señalado garantiza al médico una ubicación cómoda en el mercado de trabajo, lo que puede demostrarse con dos hechos contrastantes: 1) del total de médicos desempleados que existen en las áreas urbanas del país, 95% son médicos generales, y 2) cerca del 25% de los médicos del país, la mayor parte de ellos especialistas, controlan dos o más puestos de trabajo. Como consecuencia de esto, la profesión médica en México ha pasado de homogénea y concentrada, a heterogénea y polarizada, reflejando la estructura de la sociedad en general.

Otra fuente de demanda, el sector privado, ha funcionado bajo la libre oferta y demanda de servicios y la escasez de información existente no permite delinear un perfil más preciso sobre su evolución. No obstante, en 1986 34% de los médicos mexicanos activos estaban vinculados al sector privado, la mitad de ellos participando en él de manera exclusiva. La expansión del subsector se considera como un fenómeno importante en los últimos años. Debe señalarse sin embargo que no es solamente en México donde dicha expansión se ha dado recientemente. De hecho, Roemer (32) sugiere que el sector privado ha sido utilizado deliberadamente en muchos países como una válvula de escape para controlar la oferta excesiva de fuerza de trabajo en el sector público. La política del Estado mexicano al

⁴ Debe señalarse sin embargo, que los primeros años de integración de los médicos al IMSS se caracterizaron por una gran cantidad de dificultades. Tal vez la más importante era el hecho de que los médicos de renombre no veían el trabajo institucional como apropiado para ellos. Por lo tanto los disponibles solían ser médicos pobremente entrenados (Consultar: Cárdenas de la Peña, E. *Medicina Familiar en México*. México, IMSS. 1975). Para garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud, el IMSS tuvo que desarrollar programas de entrenamiento lo que más tarde llevó a la conformación de un sólido mercado interno que prácticamente dejó de depender de las fluctuaciones de la oferta de médicos generales.

respecto ha sido desde un principio la de no ejercer ninguna restricción en ese sector, no solo en cuanto a la cantidad de facultativos integrados a él, o a su distribución, sino tampoco en cuanto a las condiciones de calidad bajo las cuales practican.⁵ Ante la falta de una asociación profesional que adquiriera esta responsabilidad, la calidad de la atención en el sector privado tiende a ser sumamente heterogénea.

Los años recientes han atestiguado la agudización de los desequilibrios entre la producción de médicos y su utilización. A mediados de los ochenta, la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud (CIFRHS),⁶ se centró en buscar el control del componente cuantitativo de la relación. Aún quedan pendientes diversos aspectos de tipo cualitativo a los que la CIFRHS ha prestado atención en los últimos años.

Distribución. Este problema se refleja a través de dos dimensiones que interactúan constantemente: la dimensión geográfica y la dimensión institucional. En México, la distribución urbano/rural de médicos es sumamente inequitativa. Mientras que en algunas ciudades se alcanza la cifra de un médico por 211 habitantes, en zonas rurales la proporción es mucho menor aun a pesar de que la necesidad de atención siga siendo apremiante (33). El desequilibrio institucional se manifiesta en el hecho de que en 1980 las instituciones de seguridad social contaban con 18,2 médicos por cada 10.000 asegurados —los servicios médicos de Petróleos Mexicanos llegaban a 24,9 por cada 10.000— mientras que la población no asegurada alcanzaba solamente 6,7 médicos por cada 10.000 habitantes (19).

Al parecer, la formación médica orientada hacia la atención primaria tampoco ha tenido un impacto importante en la distribución de los médicos. La cantidad de médicos formados dentro de modelos bajo esta orientación continúa siendo mínima y probablemente en los próximos años tienda a reducirse aun más si no existe un cambio sustancial en la orientación de los servicios y en el mejoramiento de las condiciones de trabajo que les son ofrecidas. Los puestos que requieren este tipo de médicos se encuentran básicamente en áreas rurales y los incentivos que se ofrecen son escasos. El resultado por un lado es que la mayor parte de los médicos formados en programas tradicionales y en programas innovadores, con-

⁵ Se podría contraargumentar que la Ley de Profesiones contemplaba el control de la calidad en el sector privado a través de la función de los colegios profesionales. No obstante, en la práctica los colegios nunca han cumplido con este cometido. Recientemente, ante la insistencia de los propios médicos por lograr este control, la Academia Nacional de Medicina ha sido designada por el estado para coordinar el trabajo de los Consejos de Especialidad a fin de consolidar un mecanismo que garantice la calidad de la práctica profesional.

⁶ Órgano creado en 1984 dentro de la Secretaría de Salud con funciones de planificación a nivel interinstitucional.

tinúan buscando ubicación laboral en zonas urbanas (34), cuyos mercados —en las instituciones públicas— no tienen más la posibilidad de absorber a los recién egresados. Dificilmente la demanda de las instituciones de seguridad social podrá incrementarse en un futuro inmediato. El sector rural del mercado tiene una demanda de médicos pero los que se encuentran disponibles no se interesan por cubrirla, reproduciéndose día a día el desequilibrio distributivo al que hemos hecho mención.

DISCUSIÓN. PERSPECTIVAS PARA LA PLANIFICACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

El presente trabajo propone que la planificación de recursos humanos para la salud —así como de otros recursos— debe considerarse como un ejercicio técnico-político. Es necesario tomar en cuenta las características del sistema político, incluido el papel que juegan diversos actores sociales, para poderla llevar a cabo. El Estado es probablemente el actor más importante de todos.

En todos los países se le concede la responsabilidad de llevar a cabo la planificación dada su capacidad de intervenir en la regulación de las relaciones económicas, jurídicas y sociales. La disminución de su participación financiera en los programas de salud que se ha dado en los últimos años en muchos países no necesariamente significa una reducción en su capacidad reguladora.

En diversos países de América Latina el Estado ha sido capaz de regular dichas relaciones a través de un arreglo social particular: el corporativismo. Por medio de este arreglo el Estado negocia la distribución de recursos materiales y financieros por un grado mayor o menor de control político. La situación económica de las últimas dos décadas ha llevado a algunos de ellos a distribuir los recursos más allá de los grupos pertenecientes a la corporación ante la amenaza de crisis y estallidos sociales. En el sector salud esto se cristaliza en apoyo a la estrategia de atención primaria de salud para la atención de los grupos de población más desprotegidos. En la medida en que esta redistribución se dé, la planificación debe ser la herramienta vital.

Uno de los problemas más importantes de la planificación es quizás verla como un ejercicio puramente racional, cuando el componente político es determinante y juega un papel fundamental. Además, la planificación del conjunto de recursos humanos en el campo de la salud se confirma como un ejercicio sumamente complejo de llevar a la práctica, ya que involucra una serie de valoraciones frecuentemente ajenas a la racionalidad (económica), que modifican los patrones de distribución de los recursos disponibles.

Por otra parte, en México deben considerarse los intentos de reactivación de un actor político que hasta hace muy poco tiempo ha tenido poca fuerza, la profesión médica.

La recomposición del corporativismo político mexicano en años recientes ha abierto espacios de acción tanto a los partidos políticos como a otras organizaciones civiles. Por años, los grupos profesionales estuvieron subordinados al Estado por la vía jurídica de la Ley de Profesiones de 1944, a través de organizaciones afiliadas a diversas instancias del gobierno federal y al partido oficial. La profesión médica no ha sido la excepción. Los miembros de la profesión médica tienen individualmente más influencia sobre la política estatal en cuanto a formación y utilización de médicos, que sus agrupaciones.

La reforma del sistema político abre la posibilidad a los grupos profesionales de buscar independencia ante el Estado quien a su vez busca no perder totalmente el control sobre ellos. Este es el caso de los consejos de especialidad. Dichos consejos tienen como objetivo regular la calidad con la que practican los médicos especialistas a través de evaluaciones periódicas de certificación y recertificación. La evaluación no tiene ningún impacto en la práctica pública porque la institución no paga ni más ni menos al médico registrado en un consejo, pero sí la tiene en la práctica privada ya que el médico utiliza su afiliación a un consejo como un elemento de prestigio con el fin de maximizar el valor de sus servicios en el mercado.

En la actualidad existen 43 consejos afiliados a la Academia Nacional de Medicina que agrupan a aproximadamente 28.000 médicos (17% del total en el país). La Academia es además el enlace que une a los consejos con el Estado ya que aunque es una organización independiente funge como asesor formal del ejecutivo federal desde la segunda década del presente siglo.

La organización de consejos no es la única forma en la que los médicos buscan congregarse. De hecho existe una gran variedad de colegios, agrupaciones, asociaciones, etc. Un ejemplo es la Asociación Nacional de Colegios Médicos Estatales, A.C. (ANACOME). La asociación agrupa actualmente a una organización médica de cada estado de la República, pero no se incluye ninguna del Distrito Federal. Sus dirigentes estiman que el número de médicos que podrían estar afiliados a ANACOME a través de los colegios estatales es de cerca de 30.000.

De acuerdo con sus estatutos, uno de los objetivos principales de ANACOME es velar por el mantenimiento de un alto nivel académico de sus agremiados a través de la organización de cursos de actualización. No obstante, a este se suman objetivos que buscan la defensa de intereses profesionales. La ANACOME integra tanto médicos generales como especialistas y ha tratado por diversas instancias de llamar la atención del

Estado y las autoridades sanitarias, sin mucho éxito hasta el momento.⁷ Su principal dilema estriba en que a pesar de que incluye en su seno una gran cantidad de colegios registrados en la Dirección General de Profesiones, como agrupación de colegios en sí misma ve con recelo su registro ante dicha Dirección, por temor a jugar un papel subordinado ante el Estado. Su meta es según palabras de su presidente, llegar a obtener un status "similar al de la Asociación Médica Americana, aunque esto sea prácticamente imposible en México".

Las agrupaciones más subordinadas son los sindicatos de las instituciones públicas (35). Todos están incorporados al Estado a través del partido oficial y no defienden en particular los intereses médicos aunque en ocasiones llegan a obtener prerrogativas exclusivamente para ellos. Su papel ha sido fundamental para asegurar el éxito de la política administrativa y laboral de las instituciones públicas. Dentro de ellos quizá el más fuerte sea el del Instituto Mexicano del Seguro Social con más de 15.000 médicos afiliados.

En función de los cambios señalados, el Estado tiene y tendrá que negociar condiciones de trabajo y práctica profesional en un ambiente sumamente cambiante. En la época del predominio público en la producción de servicios de salud, la existencia de los sindicatos subordinados al aparato estatal fue de gran importancia para el control de los médicos.

En la actualidad la profesión está fragmentada, intentando diversas estrategias para agruparse sin consolidar todavía una organización de alcance global. Sin embargo si el cambio en el modelo de prestación de servicios fomenta la participación del subsector privado, los sindicatos estatales tenderán a perder fuerza y las organizaciones independientes a ganarla.

Es muy probable que las organizaciones médicas buscarán influir en la formación de las nuevas generaciones de médicos generales y especialistas, tanto en volumen como en orientación, así como en las condiciones de la práctica profesional y en la forma en la que se distribuyen territorialmente. Será interesante observar hasta dónde son capaces de influir en la práctica. El Estado en representación de los intereses públicos deberá buscar diversas alternativas de negociación política que permitan planear en forma balanceada la producción de recursos médicos y su utilización en función de sus propios intereses, los de los profesionales y los de los consumidores de servicios.

⁷ Existe un canal de comunicación abierto entre la ANACOME y las autoridades sanitarias del país. A la Secretaría de Salud le interesa que ANACOME se constituya en el garante de la calidad de la práctica de los médicos generales, quienes no son considerados por los Consejos de Especialidad.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco los comentarios del Dr. Luis Durán y del Dr. Maximino León a las versiones preliminares de este trabajo que fueron de gran utilidad para la obtención de la versión final. Sin embargo, todas las opiniones vertidas en él, son responsabilidad absoluta de su autor. Agradezco también el apoyo financiero del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y de la Fundación Mexicana para la Salud.

REFERENCIAS

- 1 Picó J. *Teorías sobre el Estado de Bienestar*. Siglo Veintiuno Editores. Madrid; 1987.
- 2 Hollingsworth J, Hage J y Hanneman R. *State Intervention in Medical Care*. Ithaca and London: Cornell University Press; 1990.
- 3 Marmor T, Bridges A y Hoffman W. *Comparative Politics and Health Policies: Notes on Benefits, Costs and Limits*. En: Marmor T. *Political Analysis and American Medical Care. Essays*. London and New York: Cambridge University Press; 1983.
- 4 Bartlett W. Quasi-markets and Contracts: A Markets and Hierarchies Perspective on NHS Reform. *Public Money and Management* 1991;53-61.
- 5 Freddi G and Björkman J. (Eds). *Controlling Medical Professionals*. London: Sage.
- 6 Roberts J. The National Health Services in the UK: From myths to markets. *Health Policy and Planning* 1989;4(1):62-71.
- 7 Light D y Levine S. The Changing Character of the Medical Profession: A Theoretical Overview. *The Milbank Quarterly* 1988; 66 (2 Suppl):10-32.
- 8 Rodríguez J. Struggle and Revolt in the Spanish Health Policy Process: The Changing Role of the Medical Profession. *Int J of Health Services* 1992;22(1): 19-44.
- 9 Lindblom Ch. Still Mudding, Not Yet Through. *Public Administration Review* 1979;(Nov-Dec).
- 10 Offe C. *Contradictions of the Welfare State*. London: Hutchinson; 1984.
- 11 Abel-Smith B. The world economic crisis. Part 2: Health manpower out of balance. *Health Policy and Planning* 1986; 1(4):309-316.
- 12 Bankowski Z y Mejía A. *Health Manpower out of Balance*. Geneva: CIOMS; 1987.
- 13 Lee K y Mills A. *Policy-Making and Planning in the Health Sector*. London: Croom-Helm; 1982.
- 14 Dunleavy y O'Leary P. *Theories of the State: The Politics of Liberal Democracy*. London: MacMillan; 1987.
- 15 Field M. American and Soviet Manpower: Growth and Evolution. 1910-1970. *Int J Health Serv* 1975;5:455.
- 16 Ginzberg E. The Politics of the US Physician Supply. *Health Policy* 1990;15(2-3).
- 17 Frenk J. The political economy of underemployment in Mexico: Corporatism, economic crisis and reform. *Health Policy* 1990;15(2-3).
- 18 Frenk J, Robledo C, Nigenda G. et al. Políticas de formación y empleo de médicos en México 1917-1988. *Salud Pública de México* 1990;(32):440-448.
- 19 Mesa-Lago C. 1989. *Ascent to Bankruptcy. Financing Social Security in Latin America*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press; 1989.
- 20 Hamilton N. Dependent Capitalism and the State: The Case of Mexico. *Working Papers on the Capitalist State*. 1975(3).
- 21 Reyna J. Redefining the authoritarian regime. En: Reyna J y Weinert R. Ed. *Authoritarianism in Mexico*. Philadelphia: ISHI; 1971.

- 22 Poitras. Welfare Bureaucracy and Clientele Politics in Mexico. *Administrative Science Quarterly* 1973;18(1):18-26.
- 23 Spalding R. Welfare Policymaking. Theoretical Implications of a Mexican Case Study. *Comparative Politics* 1980;12:419-438.
- 24 González-Block M, Leyva R, Zapata O, Loewe R, Alagón J. Health services decentralization in Mexico: formulation, implementation and results of policy. *Health Policy and Planning* 1992;4(4):301-315.
- 25 Cleaves P. *Las Profesiones y el Estado: El Caso de México*. México: El Colegio de México; 1987.
- 26 Frenk J, Robledo C, Nigenda G et al. Políticas de formación y empleo médico. *Salud Pública de México* 1990;32(4).
- 27 Abel-Smith B. *Value for money in the health services*. London: Heinemann; 1976.
- 28 Frenk J, Alagón J, Nigenda G et al. Patterns of medical employment: A survey of imbalances in Mexico. *American Journal of Public Health* 1991;81(1).
- 29 Spalding R. State Power and its Limits. Corporatism in Mexico. *Comparative Political Studies* 1981;14(2):139-161.
- 30 Hernández-LLamas H. Historia de la participación del estado en las instituciones de atención médica en México. En: Ortiz-Quezada F. Ed. *Vida y Muerte del Mexicano*. México: Folios Editores; 1982.
- 31 Frenk J, Robledo C, Nigenda G et al. Subempleo y desempleo médicos de las áreas urbanas de México. *Salud Pública de México* 1988;30(5):691-699.
- 32 Roemer M. *Healths Care Systems and Comparative Manpower Policies*. New York: Marcel Dekker; 1981.
- 33 Frenk J, Durán L, Querol J et al. Los médicos en México: ¿cuántos, quiénes y dónde? *Gaceta Médica de México* 1992;128(2).
- 34 Nigenda G, Frenk J, Robledo C et al. Los sistemas locales de salud y el mercado de trabajo médico: resultados de un estudio de preferencias de ubicación geográfica. *Educación Médica y Salud* 1990;24(2):115-135.
- 35 Pozas-Horcasitas R. *La democracia en blanco: el movimiento médico en México, 1964-1965*. México: Siglo Veintiuno Editores; 1993.

GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS E QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

*Gilles Dussault*¹

INTRODUÇÃO

No setor de saúde há muitas mudanças que levam à necessidade de melhorar o processo de gestão como, por exemplo, o processo de descentralização das decisões e da gestão, novos modos de financiamento dos serviços, maiores exigências por parte dos usuários (em termos de qualidade de atendimento), dos governos (que querem mais eficiência no uso dos recursos liberados para os serviços de saúde) e dos prestadores (que querem condições de trabalho mais favoráveis) (Leebov, Scott 1990, Marszalek-Gaucher, Coffey 1990).

Nos últimos anos começou a definir-se um consenso de que a má administração explicava, em boa parte, os fracos resultados dos serviços de saúde e que as suas conseqüências são piores ainda nos países que dedicam poucos recursos a esses serviços e que, portanto, uma melhor gestão parece ser o caminho para melhorar os resultados.

Neste trabalho examinarei essa proposta, focalizando estratégias gerenciais adaptadas às organizações de serviços profissionais que, para seus resultados, dependem da qualidade do desempenho dos prestadores de serviços.

Para entender como a gerência pode influenciar os resultados das organizações que prestam serviços de saúde, é necessário entender primeiro o próprio processo da produção dos serviços. A produção dos serviços, tanto em termos quantitativos quanto qualitativos, é função, em grande medida, do comportamento dos prestadores que, por sua vez, são

¹ Professor do Departamento de Administração de Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade de Montreal, Canadá, e Pesquisador Visitante, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

influenciados por suas características sócio-profissionais, pelo contexto organizacional e pelos recursos disponíveis. O comportamento dos usuários também influencia, mas em menor grau, provavelmente, em consequência do pouco controle que têm sobre certas decisões tomadas pelos especialistas.

Partindo da hipótese de que os administradores podem ter uma influência positiva nesse processo, ofereço algumas sugestões de intervenção que lhes permitiria ajudar os prestadores a darem serviços de melhor qualidade. Considero que o papel gerencial nas organizações profissionais é, basicamente, contribuir para criar condições que permitam aos profissionais prestarem os melhores serviços possíveis.

Discutirei o tema em três etapas: Na primeira, vou descrever o processo de produção de serviços de saúde, definir a noção de qualidade de serviços e identificar os principais determinantes da qualidade. Na segunda, vou propor uma definição para “gestão de recursos humanos” e precisar a relação entre essa atividade e os resultados a serem obtidos por uma organização de saúde e, na terceira, elaborarei proposições de intervenção gerencial para melhorar a qualidade.

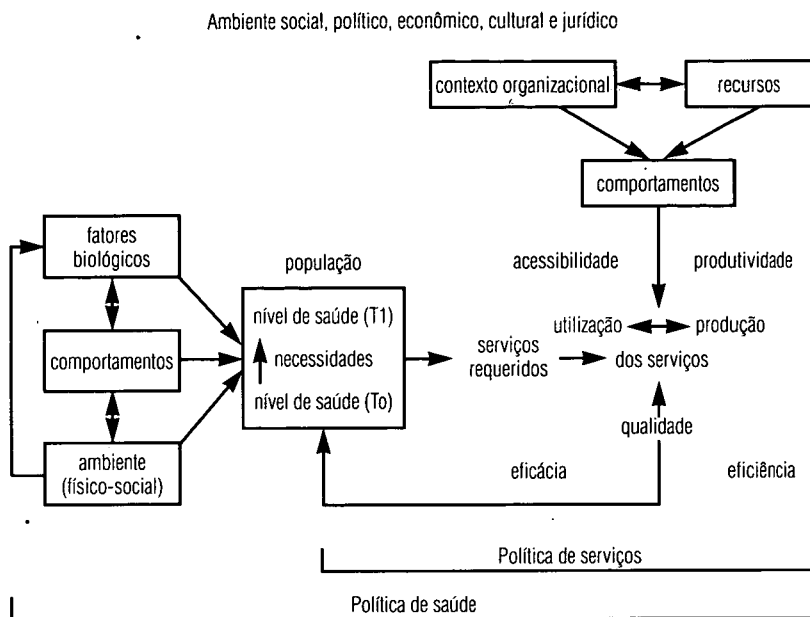
Processo de produção de serviços de saúde²

Sem a compreensão desse processo, qualquer intervenção no setor saúde só pode ser aleatória; a intuição é um instrumento essencial e, às vezes, eficaz, mas a sua combinação com o conhecimento dos fatores que influenciam a produção de serviços de saúde pode ser muito mais eficaz.

No processo de produção de serviços de saúde (ilustrado no “modelo do sistema de saúde”, figura 1), combinam-se vários recursos para produzir bens e serviços destinados a criar um impacto sobre o nível de saúde dos indivíduos. Esses recursos são de tipo cognitivo (saber, tecnologia), físico (edifícios, materiais, suprimentos, equipamentos, etc.), financeiro e humano. Apesar do impressionante crescimento tecnológico ocorrido nos últimos 50 anos, a maior parte dos serviços ainda é produzida por pessoas e não por máquinas. A importância relativa do recurso “humano” fica patenteada na combinação dos recursos, cuja eficácia dependerá, também, de outros recursos disponíveis e de fatores organizacionais, tais como a divisão e a organização do trabalho (definidas por leis, contratos, convênios, tradições), o quadro jurídico-administrativo da produção e da distribuição dos serviços, do sistema de incentivos (a maneira, o nível e a estrutura de remuneração e de pagamento — Rodrigues, 1989) e do sistema de formação e de pesquisa.

² Esta seção utiliza conceitos e enfoques inspirados em Donabedian, 1979.

FIGURA 1. Modelo do sistema de serviços de saúde.



A disponibilidade dos recursos e a organização do sistema de serviços não resultam somente de decisões técnicas, mas refletem especialmente os valores dominantes e o equilíbrio das forças sócio-políticas. Neste sentido, o setor saúde apresentará características de funcionamento semelhantes às encontradas em outros setores comparáveis (centralização, descentralização, processos de tomada de decisões, alocação de recursos, princípios de gestão). Isto significa que as propostas de mudança têm de levar em consideração a capacidade da sua absorção tanto pela sociedade como pelo sistema político como um todo, não somente pelo setor saúde. Afinal, o comportamento dos prestadores de serviço é o que influencia a produção de serviços da maneira mais imediata. Estudos disponíveis mostram que os serviços são influenciados por um conjunto de fatores relacionados com o prestador e com o contexto do trabalho, tal como os acima identificados.

Os fatores pessoais são as características sócio-demográficas (idade, sexo, origem social, raça, etc. — Maheux *et al.*, 1989) e profissionais (tipo, lugar de formação, tipo de prática, experiências, etc.). Por exemplo, na América do Norte, os médicos, tanto homens como mulheres, comportam-se de maneira diferente em relação ao número de horas trabalhadas, à duração das consultas, às atitudes em relação às dimensões psico-sociais dos problemas de saúde, à maneira de passar receitas.

Com respeito à formação, esta varia de país para país e mesmo entre as escolas profissionais o que influencia a maneira de praticar, de diagnosticar e de receitar (Payer, 1989).

O comportamento dos usuários também é influenciado por suas características sócio-demográficas (idade; sexo; origem social; raça; nível de renda, de educação; estado conjugal; moradia; etc.) e por certos fatores organizacionais (acesso geográfico, social, administrativo e econômico aos serviços — Dever, 1988) que exercem influência sobre a produção. Normalmente são os usuários que iniciam o contato com o sistema de serviços, que formulam as demandas e que pressionam os prestadores para receberem os serviços de sua preferência, tais como a demanda de medicamentos psicoativos ou antibióticos. Nos sistemas em que os profissionais dependem mais dos clientes, do ponto de vista econômico, essas pressões — exercidas pelos usuários, diretamente, ou por agentes, tais como associações, que os defendem, ou seguros-saúde, que determinam as condições de pagamento pelos serviços — terão um peso maior nas decisões dos profissionais.

O conjunto desses fatores — que se combinam de maneiras diferentes segundo o contexto social, cultural, econômico ou político — produz influências que resultam nas significativas variações geográficas observadas na produção de serviços. Na prática médica, por exemplo, essas variações estão sendo estudadas sistematicamente para entender o papel dos vários fatores que determinam as decisões dos médicos e para identificar maneiras de como eliminar as intervenções inapropriadas (quer desnecessárias ou ineficazes). O caso das cesarianas seria uma boa ilustração (Rodrigues, 1989) da existência de grandes variações que não são explicáveis por diferenças epidemiológicas, e sim por diferenças de comportamento dos profissionais e, provavelmente, das parturientes.

Nos outros setores de produção dispõe-se de menos estudos, mas é muito pouco provável que o mesmo fenômeno não ocorra no ramo da odontologia, da fisioterapia, etc.

Os produtos desse processo são serviços utilizados por pessoas que esperam um impacto sobre o seu estado de saúde atual (serviços diagnósticos ou curativos) ou futuro (serviços preventivos). Para elas, o que importa é que esses serviços sejam de boa qualidade e produzam o efeito esperado. Porém, na realidade, a qualidade varia muito o que dá margem aos administradores a que intervenham a fim de melhorar a qualidade dos serviços. Para tanto, é necessário primeiro definir essa noção de qualidade que, como é fácil de ver, é muito relativa; seu significado será diferente para os prestadores, para os destinatários do serviço, para os que os pagam como para os administradores, e variará também segundo o contexto sócio-cultural.

Identificaremos neste trabalho as principais dimensões da qualidade dos serviços de saúde, sem esquecer que as percepções dos diversos interessados no processo de produção/utilização também variará.

Podem-se destacar três principais dimensões: as técnicas, as de relacionamento e as econômicas. Cada uma destas pode ser examinada em três níveis: o de estrutura, isto é, dos componentes que entram na produção dos serviços (recursos, organograma), o do processo (produção própria) e o dos resultados (ver Figura 2).

A dimensão técnica diz respeito à eficácia do serviço, isto é, a produção dos efeitos previsíveis, o respeito às normas profissionais do exercício da profissão, as normas técnicas de segurança dos instrumentos, materiais, suprimentos, medicamentos e equipamentos utilizados. A dimensão de relacionamento se refere à relação entre os prestadores e os usuários. Pode-se medir a qualidade em termos da satisfação do usuário, do caráter ético da prestação dos serviços, de sua continuidade (particularmente dentro do contexto da prática multidisciplinar), da empatia manifestada (escutar e compreender as informações dadas pelo usuário) e do aspecto de adaptação do serviço (acesso social e cultural e disponibilidade). Os critérios de qualidade no respeitante à dimensão econômica são a eficiência (tanto uma melhor relação custo-benefício, como um custo aceitável — o serviço responde a uma necessidade real e prioritária), a produtividade, que diz respeito à utilização da capacidade de produção dos recursos e a acessibilidade econômica.

As normas correspondentes aos critérios técnicos, de relacionamento e econômicos, variam segundo quem os definem. Normalmente os profissionais fazem referência ao conjunto de normas padronizadas por associações e organismos nacionais e internacionais e ao conhecimento gerado nos centros de formação e de pesquisa e difundido pelos meios de comunicação científica (livros, jornais, conferências); os usuários utilizam suas expectativas e preferências, cuja definição é uma estrutura social influenciada pela rede de referências (parentes, amigos, profissionais e outros especialistas e os meios de comunicação de massa) para julgar a qualidade dos serviços. Os administradores têm de definir normas que incorporem

FIGURA 2. Dimensões de qualidade.

	Estrutura	Processo	Resultados
Técnica	segurança normas técnicas	competência	efetividade
De relacionamento	adaptação disponibilidade	empatia continuidade	satisfação ética
Econômica	acessibilidade	produtividade	eficiência oportunidade

as dos prestadores e as dos usuários. Também têm de se submeter às normas definidas pelas organizações de credenciamento, associações profissionais de administradores e instituições.

Não existe uma definição única sobre o que é um serviço de boa qualidade³, mas podemos adiantar tratar-se de um serviço eficaz, produzido de maneira eficiente, que responde à uma necessidade real e que satisfaz ao usuário; isso também deveria deixar o prestador satisfeito. A questão agora é saber como o administrador de uma organização de saúde pode contribuir para a produção desse tipo de serviços. O administrador pode atuar nos três níveis, no da estrutura, no do processo e no dos resultados. Todos os critérios mencionados na figura 2 se prestam a intervenções no nível organizacional desde que exista um mínimo de liberdade de ação, particularmente no plano da seleção, da utilização e da avaliação do pessoal. Naquelas organizações em que não existe essa liberdade, dificilmente podem ser denominados administradores aqueles que ocupam cargos de direção sem conteúdo significativo.

Exemplos de possíveis intervenções são: o administrador pode certificar-se de que as normas técnicas e de segurança para a produção de serviços sejam de nível aceitável e atualizadas; que sejam conhecidas e respeitadas; que a oferta de serviços atenda às características e até mesmo às preferências dos usuários, no que diz respeito a aspectos como nível educacional (uso de expressões que os usuários possam entender), disponibilidade (adaptar o horário de atendimento em função das necessidades dos usuários e não somente das dos funcionários). A continuidade dos serviços pode ser melhorada por medidas de coordenação que permitam a circulação eficaz das informações sobre o usuário evitando, assim, que cada contato com um novo profissional seja um novo episódio de serviço com repetição de exames, testes e até mesmo intervenções.

A produtividade também se relaciona com a maneira de organizar o trabalho; o corporativismo é um grande obstáculo à utilização mais eficiente dos recursos como, por exemplo, o mecanismo de delegar obrigações. Neste caso o papel da administração é identificar os pontos em que a produtividade é baixa, identificar suas causas e definir estratégias para corrigi-las e assegurar que os recursos sejam utilizados da maneira a mais eficiente possível. Cada ineficiência significa que recursos que poderiam estar disponíveis, se a produtividade e a eficiência fossem melhores, não o estão e, conseqüentemente, certas necessidades não serão atendidas. Em relação à eficácia no que diz respeito à ética e à satisfação dos usuários, o administrador pode definir sistemas de informações que permitam exercer

³ Sobre a noção de "boa prática médica" refira-se ao *International Journal of Health Planning and Management* 4(3), 1989.

uma vigilância contínua e instituir mecanismos de reação para corrigir os problemas que sempre acontecem.

Importância da gestão dos recursos humanos

Na busca da qualidade, os administradores não irão substituir os profissionais, técnicos e outros funcionários, que são os prestadores dos serviços. Sua responsabilidade é a qualidade da produção, a eliminação de erros, mas não o controle da produção que fica a cargo dos prestadores. Não há muitas maneiras para escapar deste dilema. Os administradores poderiam definir regras pormenorizadas e impô-las, ou tentar convencer os prestadores a aceitarem e até mesmo internalizarem os objetivos de qualidade e trabalharem nesse sentido. A primeira opção jamais permitirá a utilização de todo o potencial dos profissionais; justamente por serem profissionais não precisam e nem acatam com facilidade regras ou ordens impostas de fora. A segunda opção consiste em uma gestão mais favorável a trabalhar “junto” com os recursos humanos do que uma gestão “dos” recursos humanos, e é a única viável no contexto das organizações profissionais. Por isso a gestão dos recursos humanos — expressão ambígua que coloca a contribuição das pessoas no mesmo nível que equipamentos ou dinheiro mas que enfatiza, ao mesmo tempo, a idéia de que as pessoas são recursos com um potencial rico tradicionalmente esquecido e não utilizado — vai ser uma preocupação predominante dos administradores de organizações de saúde.

Por gestão dos recursos humanos entendem-se todas as atividades administrativas relacionadas com o trabalho das pessoas em uma organização. Este enfoque é mais amplo do que o enfoque mais tradicional que se limita ao que um departamento de recursos humanos faz (seleção, formação, integração, promoção, relações com os sindicatos, etc.). Na minha definição e na minha visão, a gestão de recursos humano é parte integrante da função de qualquer administrador e não responsabilidade exclusiva de um departamento especializado⁴; tal departamento é necessário, mas sua função é basicamente técnica. Essa dimensão da gestão refere-se às ações que favorecem a criação de condições de trabalho que ajudem os prestadores de serviços e seus auxiliares a produzirem serviços de qualidade. São ações de natureza variável que denotam uma atitude geral de vontade de ajudar as pessoas a efetuarem seu trabalho em benefício da organização. A questão aqui não é fazer referência a uma gestão que manipula as pessoas, ao contrário, referimo-nos a uma gestão que as respeita e reconhece o valor

⁴ É comum denominar-se essa perspectiva de “gestão estratégica dos recursos humanos” (ver Fottler, Hernandez e Joiner, 1988).

de seu trabalho. As sugestões que faremos na próxima seção são exemplos desse tipo de ações que o administrador pode praticar para utilizar o potencial das pessoas a fim de alcançar os objetivos da organização.

Propostas para uma gestão eficaz dos recursos humanos

As propostas que se seguem são coerentes com a visão das organizações de serviços de saúde, como organizações profissionais (Dussault, 1991), e com a visão do papel do administrador de fazer com que as coisas se encaminhem no sentido de alcançar os objetivos, na medida em que as circunstâncias o permitam. A meu ver, o administrador deve adaptar sua maneira de gerir às características da organização, principalmente às do processo de produção. O modelo de gerência autoritária, com as ordens de comando vindo de cima para baixo, tem pouca probabilidade de sucesso no setor de saúde, sendo necessário criar modelos mais adaptáveis.

A primeira tarefa do administrador é definir com clareza quais os resultados esperados em termos da qualidade dos serviços. Isso requer um conhecimento das necessidades da população a ser atendida a fim de assegurar que o desempenho da organização esteja à altura dos problemas. Também requer bom conhecimento da situação atual, por exemplo, qual é o nível de satisfação dos usuários? qual é o grau de eficiência de cada serviço? qual é a situação com relação ao grau de segurança das operações, dos equipamentos, dos medicamentos, das infraestruturas físicas? Por último, requer um bom conhecimento sobre as normas de qualidade pertinentes aos serviços produzidos na organização para poder diagnosticar os problemas pela diferença encontrada entre a situação observada e a que corresponderia às normas. Com essa informação o administrador pode estimular um processo para definir, para cada departamento e serviço, quais os resultados que poderão ser razoavelmente alcançados e identificar que mudanças deverão ser feitas para atingi-los.

A segunda proposta é equipar os membros da organização para que consigam alcançar os resultados almejados, isto é, dar acesso aos instrumentos que permitam uma produção de qualidade. A primeira idéia que vem à mente com respeito a esta prescrição é que um maior acesso aos equipamentos, recursos financeiros, pessoal é muito importante e necessário, porém muitas vezes o que os prestadores de serviços precisam são coisas mais simples. Sentir-se-ão satisfeitos com instrumentos e equipamentos menos modernos mas que funcionem e que, quando necessário, poderão ser consertados rapidamente. Há outros "instrumentos" que não são de natureza técnica, tais como tempo e estabilidade. Muitas vezes a ineficiência e a baixa qualidade são conseqüências de os prestadores não disporem do tempo necessário. As explicações dadas muitas vezes incluem:

falta de pessoal, demanda excessiva (resultante algumas vezes da orientação equivocada por parte dos usuários), tipo de remuneração que incentiva negativamente, falta de coordenação, métodos de trabalho que não permitem adaptações, etc. A falta de estabilidade do pessoal (sem falar da estabilidade dos administradores) torna difícil, talvez mesmo impossível, a formação de equipes de trabalho eficientes e, ainda mais difícil no caso de grupos multidisciplinares que precisam de tempo para desenvolver relações de confiança e maneiras para integrar as contribuições individuais.

Outro instrumento para ajudar as pessoas a desenvolverem suas capacidades tanto na área de sua especialização como em atividades mais gerais é a habilitação; por exemplo: como trabalhar em equipe ou como comunicar com os usuários, são qualidades facilmente melhoradas mediante treinamento. Acrescentaria, por último, mais um instrumento que na verdade poderia ser considerado uma estratégia de habilitação, qual seja: a avaliação operacional. Esta toma a forma de uma atividade periódica pela qual o administrador e o prestador ou grupos de prestadores avaliam seu desempenho com vistas a melhorar os resultados. Há sempre resistência à idéia de avaliação pelo fato de não ser considerada como uma intervenção operacional positiva; portanto só funcionará se houver um clima de confiança de que os administradores desejam realmente ajudar os prestadores a progredirem profissionalmente.

A fim poder contribuir para alcançar os objetivos da organização, é necessário primeiro que os membros os conheçam. A informação é um instrumento poderoso; cabe ao administrador informar aos prestadores sobre as orientações, prioridades, objetivos, projetos, até mesmo problemas e dificuldades da organização. Uma administração mais transparente induz maior confiança e consegue solicitar com mais facilidade a colaboração dos seus membros para melhorar a qualidade dos serviços. Ouvir com atenção ao que os prestadores têm a dizer sobre a qualidade dos serviços (eles e os usuários são os que mais conhecem essa qualidade) ajudará a formular objetivos e intervenções que ofereçam maior probabilidade de êxito. O tempo despendido observando os serviços e conversando informalmente com membros e clientes da organização pode ser um bom investimento para o administrador que o saiba aproveitar.

Oferecer perspectivas de desenvolvimento pessoal, particularmente aos administradores de nível médio que são o elemento de ligação entre a direção geral e os prestadores, é outra maneira de criar condições que favoreçam a prestação de serviços de qualidade. Administradores desmotivados não irão motivar ninguém e nada contribuirão para a qualidade. As pessoas se desenvolvem através de atividades de aprendizagem e das experiências adquiridas; cabe portanto ao administrador desenvolver em seus colaboradores (aqueles que estendem as suas ações) a habilidade para enfrentar os desafios e de os acompanhar nesse processo.

O problema freqüentemente encontrado não é que falte aos membros energia, imaginação, capacidade de trabalhar e sim que estes não querem utilizar essas capacidades a serviço de uma organização que não os trata bem, que não considera que seus funcionários tenham aspirações de desenvolvimento pessoal e profissional legítimas. O administrador pode perguntar-se: que estou fazendo para ajudar os meus colaboradores a crescer? A resposta o ajudará a entender o comportamento dos membros da organização.

Minha opinião é que a qualidade dos serviços de saúde depende em grande parte de como são geridos, e que os administradores podem contribuir bastante, sem incorrer em grandes dispêndios, para melhorar o produto final da organização. Refletir sobre a organização e seu desempenho, questionar as práticas atuais, dar explicações claras sobre os objetivos de qualidade, difundir informações sobre as normas a cumprir e como, efetuar a avaliação operacional dos prestadores, criar um clima de respeito entre usuários e membros da organização, tudo isso não custa tanto, mas exige muito.

Em primeiro lugar, exige um compromisso firme com relação à busca de qualidade. Para merecer crédito, tal compromisso deve traduzir-se em ações que levem à criação de um ambiente físico e social saudável. Não se produzem serviços de qualidade em ambientes onde há risco físico, conflito social, desrespeito aos usuários ou aos prestadores. Em segundo lugar, exigem vontade e capacidade de identificar problemas e encontrar maneiras para resolvê-los. O principal problema na busca de qualidade é o ter de ser feito dentro do contexto de falta de recursos e de outras forças limitantes exercidas de fora da organização. O obstáculo é real, mas que não deve impedir que se tome algum tipo de ação; não existe situação que não ofereça opções ou margem para agir. A primeira condição da ação é a decisão de agir; o principal determinante do sucesso da ação é a validade da análise da situação. O gerente que considera os problemas complicados demais e que nada poderá fazer, não irá tentar mudar a situação confirmando, assim, seus próprios prognósticos.

As tarefas mencionadas também requerem mudança de atitude; as atitudes são muito importantes por refletirem a imagem do administrador. O ambiente de trabalho, em condições normais, está repleto de acontecimentos imprevistos os mais variados, de numerosas decisões que têm de ser tomadas rapidamente, de pressões e demandas vindas tanto de dentro como de fora da organização — tudo isso exige atendimento imediato. Diante da necessidade de reagir com rapidez, o administrador reagirá, necessariamente, de acordo com seu modo de pensar e de agir, com base em um conjunto de atitudes tanto inatas como desenvolvidas ao longo de suas experiências. As características das atitudes, tais como dedicação ao bem-estar dos usuários; receptividade a outras pessoas, idéias e expe-

riências; a curiosidade intelectual; o respeito a seus colaboradores podem induzir comportamentos compatíveis com a procura de qualidade. Por outro lado, a ausência de interesse nos demais, inflexibilidade quanto à sua opinião, autoritarismo, não ajudam a criar condições de prestação de serviços de qualidade, especialmente quando os prestadores são profissionais especializados e as circunstâncias exigem constante adaptação das ações organizacionais em um ambiente em mudança.

O administrador exerce mais influência sobre os membros de sua organização por sua maneira de ser e de agir do que pelo que diz. Todo administrador desempenha o papel de modelo e mostra o caminho a ser seguido. Seu comportamento, visível ou subentendido, em relação aos seus colaboradores mais próximos, aos prestadores de serviços, aos usuários, terá muito mais importância do que qualquer documento de planejamento ou de diretrizes, embora estes possam ser essenciais no processo de organizar as atividades da organização. Nesse sentido, a qualidade dos serviços não pode ser um objetivo formal, artificial; deve ser um objetivo internalizado pelos administradores e aceito, livre e conscientemente, pelos demais membros da organização; e essa aceitação tem de estar baseada em valores comuns. Além de sua função de técnico, o administrador tem a função de estimular a organização a manter-se fiel aos objetivos de qualidade.

Até aqui tratei principalmente sobre a contribuição pessoal do administrador para alcançar a qualidade; falta falar sobre as condições organizacionais e ambientais que facilitam ou complicam esse processo. É óbvio que certas condições básicas têm que existir para que o objetivo de produzir serviços faça sentido; incluo entre estas a vontade política de dar a todas as pessoas acesso a serviços de saúde de boa qualidade, disponibilidade de um mínimo de recursos para a produção de serviços, certa liberdade decisória, limite de intervenções administrativas. Uma administração competente pode ajudar muito a melhorar a qualidade dos serviços, mas não pode fazer milagres; é somente um componente do conjunto de ações que leva a melhorar o nível de saúde, definido por uma política de saúde que combina intervenções tanto sobre o meio ambiente físico e social quanto sobre o sistema de serviços. Os administradores podem dar uma contribuição significativa, mas jamais serão substitutos para a decisão e a ação política.

BIBLIOGRAFIA

- Dever, G. E. *A epidemiologia na administração dos serviços de saúde*. Traduzido por César, C. L. G. et al. São Paulo, PROAHS, 1988.
- care, 4ª ed. Cambridge, Massachusetts, 1979.
- Donabedian, A. *Aspects of medical care administration: specifying requirements for health*
- Dussault, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Rev Adm Publica* (a ser publicado), 1992.

Fotler, M., Hernandez, R., Joiner, C. L. *Strategic Management of Human Resources in Health Services Organizations*, Nova Iorque, Delmar Publications, 1988.

Leebov, W., Scott, G. *Health care managers in transition*. San Francisco, Jossey-Bass, 1990.

Maheux B. *et al.* Female medical practitioners: more preventive and patient oriented? *Medical Care* 28(1):87-92, 1990.

Marszalek-Gaucher, E., Goffey, R. J. *Transforming healthcare organizations*. San Francisco, Jossey-Bass, 1990.

Payer, L. *Culture and Health*, 1989.

Rodrigues, J. Hospital utilization and reimbursement method in Brazil. *J Health Plann Manage* 4:3-15, 1989.

CALIDAD TOTAL—NUEVO RECURSO PARA LOS HOSPITALES DE AMÉRICA LATINA: EL INGENIERO GERENCIAL

*Humberto M. Novaes*¹

Las tendencias y previsiones para el nuevo siglo en América Latina apuntan a la inversión en la redefinición y construcción de nuevas camas hospitalarias, así como también a la sustitución, ampliación o modernización de las ya existentes. Países como Bolivia, Guatemala, México y Perú, entre otros, tendrán que aumentar el número actual de sus instalaciones hospitalarias para los próximos años y al mismo tiempo clausurar aquellas que son subutilizadas por estar ubicadas en pequeños hospitales públicos o “establecimientos de salud con camas”, casi sin capacidad resolutive, donde la comunidad, orientada por su sabiduría natural, no busca atención médica.

Otros aspectos que se abordarán en un futuro no lejano serán la necesidad de mejores sistemas para determinar los costos operacionales en los hospitales, en especial los públicos, e implementar programas de evaluación permanente de la calidad, como el propuesto por la OPS/OMS en 1992 (1). Las inversiones significativas en el área social con énfasis en los niveles microeconómicos orientarán también los pasos hacia el aumento de la producción, sin perjuicio de la calidad, utilizando los menores recursos posibles. Será necesario establecer prioridades para la fijación de estándares de calidad, mecanización o automatización y utilización eficiente del personal hospitalario (1).

Las nuevas instalaciones se diseñarán con el objeto de simplificar la logística intra-hospitalaria, ya sea en cuanto al tiempo necesario para

¹ Asesor Regional en Administración de Hospitales y de Sistemas de Salud. División de Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, EUA. Docente Libre de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, Brasil.

emitir una prescripción, o en cuanto al movimiento o traslado de los pacientes. En las próximas décadas, el sistema computadorizado de toda la institución deberá ser tan sencillo como son hoy los métodos exclusivamente manuales. Como ejemplos tenemos los nuevos protocolos para la conducta médica diagnóstica o terapéutica, los exámenes de pre-admisión de pacientes, los sistemas de referencia de casos a otros servicios de salud dentro de un sistema local de salud (SILOS), así como la consulta de registros médicos accesibles a cualquier punto del sistema, la distribución de alimentación y el control sencillo de las ropas procesadas por lavanderías centrales. Todos integrados por esquemas previamente diseñados por ingenieros gerenciales a través de las técnicas usadas en la investigación operativa.

En todos los países de la Región se perciben tendencias que enfatizan la calidad de la atención médica en los hospitales y que permiten aumentar la eficiencia, ya sea a través de compensaciones como incentivos para el personal de salud o a través del mejoramiento continuo de los mecanismos de monitoreo de la calidad mediante sistemas de información automatizados. La consecuencia de todos estos procesos deberá ser la mejor precisión en las tomas de decisiones para garantizar así una mejor calidad de la atención médica.

Los enfoques de la "administración estratégica" se ajustan a los continuos cambios institucionales que no solo reflejan las dinámicas alteraciones socioambientales de América Latina en este fin de siglo, sino que también están influenciados por las alteraciones intra-institucionales, tales como las nuevas misiones de los hospitales o el comportamiento individual de sus dirigentes.

Estamos seguros de que las necesidades de cambios gerenciales y la introducción de innovaciones operativas en los hospitales de América Latina, deberán ser algunos de los principales objetivos en la organización de los servicios de salud para el próximo siglo.

En un artículo publicado recientemente tuvimos la oportunidad de identificar cerca de 14.000 hospitales en América Latina y el Caribe, con aproximadamente 1.000.000 de camas y cerca de 2.000.000 de trabajadores (2). Si se estima un costo promedio de construcción de US\$100.000 por cama, se originaría así una industria con un costo de instalación inicial de US\$100.000.000, sin considerar los costos de operación, mantenimiento y renovación tecnológica.

Pese a la magnitud de las inversiones en recursos económicos y humanos de esas instituciones, su administración sigue orientada por una pobre gerencia que necesitará en un futuro inmediato de un apoyo permanente de profesionales que sean capaces de analizar, modificar y proponer soluciones a los problemas que enfrentan los directores ejecutivos, con el objeto de ofrecer una atención médica eficiente y eficaz.

LA TAREA DE LOS INGENIEROS GERENCIALES HOSPITALARIOS

Alrededor de 1965 los ingenieros industriales, a menudo llamados ingenieros de sistemas, comenzaron a introducirse en los hospitales de Estados Unidos de América para cumplir funciones gerenciales (hospital management engineering) como un nuevo integrante de los recursos humanos que compone la gran familia de trabajadores hospitalarios (3). Estos profesionales, contratados por los hospitales y otros servicios de salud, analizan las debilidades de la gerencia, el diseño o la utilización de las instalaciones, el flujo de la información, la evaluación de los procesos, la utilización del personal y el grado en que se cumplen los objetivos de desempeño, y de esta forma dan apoyo a la gerencia administrativa. Los conocimientos de estos expertos han sido utilizados para ayudar a reducir los costos y mejorar la calidad de la asistencia y de la accesibilidad a los servicios.

La mayoría de los ingenieros gerenciales hospitalarios son o fueron ingenieros industriales que adquirieron habilidades técnicas en industrias de producción o de servicios. Pese a las grandes diferencias existentes entre estas industrias y los hospitales, muchos de los principios operacionales pueden ser iguales a las rutinas, normas o procedimientos técnicos de los hospitales. Varias de las "herramientas" de estos ingenieros, tales como histogramas, diagramas de causa efecto o de Ishikawa, flujogramas, técnica Delphi u otras, fueron redescubiertas recientemente por el sector salud, con la difusión en América Latina de la propuesta de "Garantía Total" o "Monitoreo Continuo de la Calidad" en los hospitales (2).

Las propuestas de "Calidad Total" de Juran y Deming, popularizadas en el sector salud de los Estados Unidos de América por Berwick, fueron rápidamente diseminadas en América Latina y hoy son raros los países de esa Región que no tienen en alguno de sus hospitales un programa de "Monitoreo o Mejoramiento Continuo de la Calidad", "Calidad Total", u otra denominación local que observan en sus principios los conceptos de estos dos teóricos norteamericanos (4).

El enfoque de desarrollo organizacional mediante programas de trabajo con equipos profesionales, círculos de servicios y círculos o grupos de calidad ha tenido gran aceptación en el sector salud, pero no podemos decir lo mismo con otras industrias. Un estudio realizado muestra que del 80% de empresas norteamericanas que iniciaron programas de "círculos de calidad" en 1980, 83% de estas los abandonaron dentro de un período de 18 meses (5). Otros informes revelan que en 60% de los casos, el programa no funcionó (5).

Pese a las dificultades de implementar modelos de mejoramiento de la calidad que involucran trabajo en equipo, sus "herramientas" eva-

luativas siguen siendo muy útiles para los dirigentes hospitalarios y pueden ofrecer inestimables contribuciones cuando se conducen correctamente.

Los ingenieros gerenciales hospitalarios tienen como principal tarea el diseño de sistemas y subsistemas y la evaluación de los mismos. Los productos pueden ser sencillos, como por ejemplo, los diseños de formularios utilizados. Un hospital universitario puede llegar a tener más de mil diferentes formularios impresos para realizar las rutinas nosocomiales. Como modelos de diseño de sistemas se pueden incluir todos los procesos de un hospital, ya sean rutinas técnicas o procedimientos administrativos. Muchos de los subsistemas de un hospital funcionan de acuerdo con la dedicación del personal, pero están pobremente documentados y existen casi exclusivamente en la memoria del ejecutor (6). Su ausencia conlleva a la paralización del servicio en la institución.

En el libro *Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios* (7) publicado por la Organización Panamericana de la Salud, se describen un sinnúmero de rutinas operacionales, procedimientos y normas que se pueden presentar en un hospital. Si tomamos por ejemplo la rutina "Provisión de Medicamentos a Pacientes Internados" (p. 385), observamos que en la ejecución de esta tarea intervienen enfermeras, auxiliares de farmacia, auxiliares de distribución y farmacéuticos. Todos los "agentes" de esta rutina ejecutan "operaciones" específicas para asegurar que el paciente reciba la cantidad exacta del medicamento y en el momento oportuno. Un error en una de estas dos operaciones causaría desastrosas consecuencias para el paciente e incluso pondría en peligro su vida.

Para la operación "Provisión de Medicamentos a Pacientes Internados" es necesaria la participación de varios funcionarios, la utilización de distintos formularios y la movilización de toda una logística de subsistemas para la adquisición, depósito y distribución de insumos. Todas estas tareas analíticas son típicas de un ingeniero gerencial hospitalario. Si analizamos la simple admisión de un paciente a un hospital por la sala de emergencia (7) vemos que en esta operación se moviliza por lo menos a siete funcionarios que, con frecuencia, por la inexistencia de diseños apropiados funcionales o de la distribución de área física, son forzados a retardar un procedimiento que debería de hacerse con carácter urgente (7).

Entre la mayor parte de los servicios que proporcionan los ingenieros gerenciales podemos mencionar:

- Análisis del diseño y mejoramiento de los sistemas y métodos de trabajo en el hospital. Diseño de instalaciones; configuración, distribución y utilización de la superficie disponible; flujo de materiales y modalidades de tránsito; simplificación de la correspondencia y diseño de formularios de los servicios hospitalarios.
- Fijación de normas para determinar las modalidades de dotación de personal y su utilización. Formulación de descripciones de puestos,

planes de evaluación de funciones, procedimientos para la clasificación por méritos y planes de motivación de los funcionarios.

- Instalación de sistemas para el control de la producción de inventarios y de la calidad en lo referente a almacenamiento, manipulación, procesamiento y uso de materiales y suministros. Determinación de los procedimientos para el tratamiento de datos y preparación de informes de gestión con miras a establecer sistemas de información para el control administrativo continuo.

- Análisis económico de combinaciones alternativas de personal, materiales y equipo, y elaboración y optimación de los modelos. Mejoramiento de la estructura organizacional, relaciones autoridad-responsabilidad y modalidades de comunicación. Desempeño del hospital en general, para que el administrador lo use en la determinación de políticas, presupuestos, planes de construcción con los poderes políticos.

- Generación de información técnica, predicción de necesidades y demandas futuras de la comunidad y transformación de la información pertinente en una forma útil para la toma de decisiones administrativas.

SISTEMAS HOSPITALARIOS

En la medida en que el hospital va creciendo, los diseños se tornan más complejos y difíciles. Para que las actividades de los ingenieros gerenciales sean eficaces, los profesionales necesitan incorporarse al equipo hospitalario o ser "agentes" de determinada rutina, para que junto con los especialistas puedan analizar ya sea una operación, un proceso o un sistema más complejo.

ANÁLISIS DE UNA OPERACIÓN

Esta función consiste en hacer un examen profundo de una operación dividiéndola en cada una de sus partes o elementos que la constituyen. Cada parte o elemento se examina por separado y de esta manera el estudio de la operación resulta más sencillo. La experiencia ha enseñado que son pocos los métodos establecidos que no puedan mejorarse, si se examinan adecuadamente.

ANÁLISIS DE UN PROCESO

Este término designa una evaluación similar a la anterior. Se describe como el acto de estudiar la secuencia de pasos utilizada para la obtención de un producto o servicio, con la finalidad de ofrecer una alternativa más eficiente para elaborar un producto de calidad. En el ámbito

de atención de la salud en un SILOS, el resultado final de este proceso debe ser el bienestar de la población, por más que pueda resultar difícil de medir este objetivo o el éxito de la intervención.

Cuando se evalúa un procedimiento para encontrar las formas de mejorarlo, el análisis suele hacerse con la ayuda de uno o varios tipos de rutinas operacionales, traducidas en diagramas de proceso o flujogramas. El flujograma representa una forma cómoda de mostrar las relaciones entre las operaciones, los pasos del proceso y los factores tales como la distancia cubierta, el tiempo de trabajo y el de inactividad, los costos, las operaciones efectuadas, y los conflictos de acciones. Permite también percibir rápidamente el problema a fin de que este pueda mejorarse con una secuencia lógica.

ANÁLISIS DE SISTEMAS

Se entiende por sistema a la red de operaciones interrelacionadas dentro de un hospital para llevar a cabo una actividad. En cierto modo, es una aplicación más general del análisis de una operación en la que los elementos fundamentales se examinan para determinar sus repercusiones positivas o negativas sobre los puntos de decisión en el sistema.

El análisis de sistemas tiene, en resumen, nueve pasos que el ingeniero gerencial podrá seguir:

1. Definir el problema.
2. Preparar un bosquejo del estudio de sistemas.
3. Obtener información general de referencia sobre las áreas a estudiar.
4. Entender las interacciones entre las áreas que se estudian.
5. Definir las necesidades del sistema.
6. Diseñar el nuevo sistema.
7. Preparar comparaciones de costos.
8. Negociar con la administración para que acepte el nuevo sistema.
9. Encargarse de la ejecución, el seguimiento y la reevaluación.

Además, un sistema eficaz debe producir los siguientes resultados:

1. Proporcionar información correcta en el momento oportuno y al costo apropiado.
2. Disminuir el grado de incertidumbre y mejorar la calidad de las decisiones tomadas.
3. Aumentar la capacidad para afrontar la carga actual y futura del trabajo.

4. Conseguir la competencia necesaria para efectuar el trabajo que antes era imposible, aumentando la eficiencia de los empleados y reduciendo los costos.

El diseño del nuevo sistema es el paso crucial para obtener estos resultados, pues la información generada anteriormente se combina con un método sincronizado para alcanzar las metas deseadas. Esto exige evaluar y reconocer las distintas configuraciones que pueden dar buenos resultados en grados diferentes. Es un proceso práctico, limitado por la disponibilidad de recursos en los hospitales de América Latina (tiempo, dinero y personal), pero es instrumento fundamental para poner en práctica las nuevas decisiones en un ambiente de mayor motivación.

Ninguna otra industria consigue reemplazar la mística del trabajo hospitalario; sus desafíos constantes por la lucha contra la muerte y contra el tiempo hacen que estas organizaciones, pese a todas las dificultades que enfrentan a diario, encuentren siempre en su personal nuevas energías para poner en marcha las propuestas que ellos mismos ayudaron a crear.

OTRAS ACTIVIDADES DE LOS INGENIEROS GERENCIALES

Los ingenieros gerenciales también pueden desarrollar un notable trabajo de apoyo a la dirección de los hospitales en tareas tales como diagnóstico y pronóstico en recursos humanos, análisis de las demandas comunitarias de servicio o la misma planificación estratégica del hospital. Algunas de ellas las describimos a continuación.

Pronóstico de las necesidades de mano de obra

Ya en 1976, Joan Holland había propuesto un esquema de provisión y capacitación de personal para desempeñar las funciones asistenciales durante un cierto período que puede oscilar de seis meses hasta cinco años. Mediante este método se espera que cada departamento pronostique la oferta y la demanda futuras, las áreas de operaciones previstas y la mano de obra necesaria, teniendo en cuenta los traslados, las jubilaciones y las vacaciones, mediante la capacitación y utilización de su propio personal. A continuación se enumeran los pasos principales de Holland para la planificación de las necesidades de mano de obra (8).

Analizar la situación actual de la demanda elaborando un inventario de la fuerza de trabajo que abarque el número de empleados por departamento, por calificación profesional o técnica, por edad, sexo, tipo de formación, clasificación, intereses profesionales y por antigüedad laboral. Examinar las actuales tendencias y problemas de la fuerza laboral: ausencias,

traslados, vacantes, problemas de contratación, número de personal en adiestramiento, normas de personal, distribución de sueldos o salarios. Averiguar la estructura organizacional y las políticas sobre mano de obra: duplicaciones de actividades, subutilización del personal, grado de supervisión, problemas de política de personal.

Estudiar la situación de la demanda a corto y a largo plazo: estudiar los planes y las prioridades futuras de la organización, como cambios de actividad, tipos de trabajo, predicción de necesidades, predicción de presupuesto.

Evaluar las tendencias de productividad: cambios tecnológicos, experiencias de productividad en el pasado, cambios gubernamentales o del entorno.

Estimar y actualizar el pronóstico: analizar los flujos y tendencias en la oferta de mano de obra en relación con las necesidades futuras. Preparar una predicción preliminar de mano de obra.

Valorar y actualizar periódicamente el pronóstico: iniciar y evaluar procesos con fines de selección, contratación, adiestramiento en la planificación profesional y desarrollo organizacional.

Los conocimientos de análisis estadísticos de los ingenieros gerenciales sumados a la experiencia de los demás directores departamentales permitirán la elaboración de un plan maestro. Con este plan, cada uno de los funcionarios completará un formulario en el que se incluyan preguntas sobre sus necesidades de adiestramiento, el que tendrá como resultado llenar las necesidades futuras de la organización con personal mejor adiestrado en las nuevas tecnologías y motivado a brindar mejor asistencia.

Pronóstico de la demanda de los servicios de salud

En el proceso de seleccionar un método para pronosticar la demanda de los servicios de salud se deben considerar dos asuntos prácticos importantes: primero, ¿qué técnicas de predicción (de corto, mediano o largo alcance) son apropiadas para hacer las estimaciones? Segundo, ¿hasta dónde es preciso remontarse para reunir los datos que nos ayudarán a hacer los pronósticos? La cantidad de información requerida, su accesibilidad y el costo para adquirirla determinarán la técnica de pronóstico que es factible y razonable en relación con el monto de cambios a definir.

Mac-Stravic (1982) propone que el período durante el cual habrá de pronosticarse la demanda de servicios de salud depende también de dos factores: el tiempo de puesta en marcha y la duración de las decisiones basadas en este pronóstico. Por tiempo de puesta en marcha se entiende el período que se necesita para implementar una decisión; es la demora característica de toda decisión concreta y frecuentemente encontrada en el

proceso de decisión en América Latina. La duración es el período en que la decisión, ya aplicada, seguirá respondiendo a la demanda en relación con el desempeño de la organización (9).

El hospital debe siempre considerar la probable demanda a mediano plazo (cinco años) ya que esto le permitirá visualizar y responder a algún cambio considerable que se presente. De lo contrario, el hospital no podrá responder oportunamente debido al largo plazo de la puesta en marcha. Por lo general, el tiempo necesario para poner en marcha un plan es de 12 a 15 meses.

Es probable que para una determinada decisión exista un lapso —entre su adopción y su ejecución— durante el cual la decisión pueda revocarse o modificarse. Por ejemplo, la decisión de contratar personal temporal se puede cancelar con 12 horas de anticipación, aunque el tiempo de puesta en marcha sea de 24 horas; el compromiso para adquirir un nuevo equipo puede cancelarse en cualquier momento hasta 30 días antes de la entrega; o la decisión de construir una nueva unidad podrá revocarse hasta dos años antes de su inauguración, aun cuando el plazo de puesta en marcha sea de cinco años (9).

La predicción de la demanda futura debe indicar si se justifica o no una decisión de larga duración. Un compromiso prolongado se justificaría, por ejemplo, si se tiene la esperanza fundada de que continúe una gran utilización o de que aumente más la demanda. El pronóstico de un alza súbita en la demanda, seguida de una baja o un regreso al nivel normal, aconsejaría recurrir a alguna medida temporal. Sea como fuera, la decisión deberá tomar en cuenta la curva de demanda prevista para la totalidad del período de vigencia de la decisión y sus consecuencias.

También existe un momento de corrección. Combinando el tiempo de puesta en marcha y la duración de la decisión, el período clave para el que debe predecirse la demanda es el que va del momento más temprano en que puede aplicarse la decisión al momento más temprano en que, una vez aplicada, puede corregirse. La demanda para este período será calculada cuidadosamente por el ingeniero antes de tomar la decisión o en el último momento posible para su corrección, antes de la ejecución. Una vez que se ponga en práctica la decisión, se hará una serie de predicciones que se adelantarán con tiempo suficiente como para igualar el momento más temprano posible de corrección.

La técnica que usarán los ingenieros para efectuar esas predicciones dependerá de la cantidad de información recopilada, actual o antigua. En América Latina el gran desafío es la falta de confiabilidad de los datos históricos, pues con mucha frecuencia cada fuente de información presenta un denominador diferente. Las técnicas elementales, basadas en el pasado, se basan tan solo en los datos de un período, pero a menudo se precisa un período mínimo de cinco a diez años. Como el solo pasado no

es base suficientemente fidedigna para predecir el futuro, especialmente en los pronósticos de largo alcance, es limitada la utilidad de copiar gran cantidad de datos sobre el pasado, a menos que se utilice una técnica de serie temporal o de predicción cíclica.

Si el pronóstico se apoya en la intuición y la experiencia (técnica de Delfos), quizá no hagan falta datos formales cuantitativos. Pueden necesitarse datos mínimos si se emplean correlaciones sencillas o gran número de observaciones si se va a emplear un número considerable de factores influyentes. La cantidad de información por lo general acrecienta los conocimientos sobre el presente y el pasado, pero puede no mejorar la precisión de los pronósticos para el futuro.

McStravic (1982), también sostiene que para mejorar el pronóstico del uso futuro de los servicios de salud deberá incorporarse, en cierto grado, el reconocimiento de los siguientes cambios, como mínimo: número de habitantes de la zona de influencia; características demográficas de la población de la zona, tales como edad, sexo, raza, ingresos; actitudes y modelos de comportamiento de dicha población: tasas de fecundidad, preferencia por la asistencia domiciliaria o el autotratamiento; asistencia ambulatoria frente a la hospitalización; número de médicos que atienden a la población correspondiente; modalidades del ejercicio de la medicina: estadia hospitalaria, preferencia por el tratamiento ambulatorio sobre el de hospitalización, nuevas tecnologías; entorno que modifique el comportamiento relativo a la utilización: seguro nacional de salud, niveles de empleo (9).

La finalidad de los análisis es determinar el uso de un servicio específico. Existen muchos métodos técnicos para prever la utilización futura, como por ejemplo la extrapolación de tendencias que permiten formular estimaciones sencillas. Estas técnicas dan por sentado que cualquier cambio o relación que haya existido en el pasado persistirá en el futuro. Sin embargo, a menos que esas tendencias sean conocidas y comprendidas, no hay que confiar demasiado en ellas (10).

Las técnicas complejas manejadas por los ingenieros gerenciales, como la regresión múltiple y las simulaciones pueden permitir al hospital manejar más factores que rijan su utilización. Las ecuaciones de múltiples variables para formular pronósticos que pasen de un año exigen estimar las medidas futuras de todas las variables usadas para pronosticar la utilización. Las técnicas cuantitativas de múltiples variables pueden ser muy útiles como guías para entender la manera como ocurre el cambio. Si se aplican con cuidado, deben identificar los aspectos de las situaciones complejas que sean sensibles a la modificación de ciertos factores. Una vez que se han reconocido los factores y sus nexos con la utilización, es posible formular pronósticos o estrategias que incorporen modificaciones de dichos factores y los efectos previstos de las mismas.

Pronóstico del hospital a largo alcance

El propósito de la planificación estratégica en hospitales es ofrecer a la institución un sentido de propósito y dirección. Es una etapa más avanzada que el solo pronóstico de la demanda. Cualquiera que sea la situación del hospital, la planificación buscará identificar para la administración de los servicios las oportunidades y amenazas del medio exterior, como disponer de recursos más efectivos y desarrollar mecanismos para evaluar el desempeño organizacional (11).

Entre las actividades de los ingenieros gerenciales están los análisis situacionales de la demanda externa e interna, las definiciones de misiones u objetivos institucionales, así como las estrategias y tácticas para hacer frente al futuro. Estos análisis llevan con frecuencia a los directivos a revisar o anular, por ejemplo, sus planes de expansión de camas en unidades pediátricas, cuando en los SILOS las actividades de atención primaria son realizadas de manera satisfactoria y consecuentemente reducen drásticamente las necesidades de hospitalización infantil.

Otras veces una huelga médica conduce erróneamente a atender los reclamos para mejorar la atención de los servicios de emergencia en el hospital, cuando sabemos que cerca de 80% de estos casos son debidos a que la población no confía en sus centros de salud primarios o policlínicos periféricos y busca el servicio de emergencia para dar fin a sus dolencias.

La verdad es que la solución de estos problemas no está en aumentar las inversiones intrainstitucionales, físicas o de personal, sino en la calidad de la atención médica en los servicios comunitarios básicos de salud.

Son muchísimos los ejemplos de expansiones o diversificaciones de servicios de salud practicados sin un análisis estratégico de las debilidades y fortalezas, sea de la propia comunidad, o del hospital. Durante muchos años se ha utilizado como principal herramienta administrativa la llamada "Administración por Objetivos", que pese a continuar siendo un enfoque válido para aplicar en los hospitales, su principal restricción es que casi siempre está orientada a los problemas intrainstitucionales y no percibe que la solución de muchos de estos problemas está en el entorno y no en el hospital.

Según Peter Drucker (1959), la planificación estratégica no maneja decisiones futuras, pero sí el futuro de las decisiones de hoy (12). La planificación estratégica es un proceso que orienta la organización hacia el futuro, permitiéndole que se adapte más rápidamente a los cambios de los ambientes internos y externos —estando estos últimos, en general, fuera de nuestro control— y que determine la dirección hacia la que el hospital debe orientarse, reduciendo el espacio que separa su situación actual de la que pretende ser dentro de algunos años.

Si bien el modelo del plan estratégico que describimos debe ser fundamental para las necesidades de la mayor parte de las instituciones de asistencia sanitaria latinoamericana, las situaciones individuales podrían mostrar adiciones u omisiones a los ingenieros para adaptarlo a circunstancias particulares de un determinado sistema local de salud.

Los directores de hospitales deben así organizar la planificación estratégica según los requerimientos de la institución y de la comunidad, buscando un clima favorable para su implementación. Existen algunas tareas sencillas y básicas en este proceso:

Analizar la situación actual del hospital y revisar su misión de manera que se pueda comprobar lo que se desea para el futuro y clarificar su propósito.

Esta es la fase más importante del plan, pues es el “examen de conciencia” de la institución. En esta etapa se busca identificar las condiciones que impidieron que la institución pudiera realizar eficientemente sus objetivos, metas y estrategias propuestas en el pasado, y poner a la vista las “oportunidades perdidas”.

Al revisar la misión del hospital, se procura también identificar la previsión de las necesidades de la comunidad y se presentan los métodos usados para predecir las futuras necesidades de programas de salud de las zonas de influencia del hospital para los próximos cinco años, tomando en cuenta los cambios demográficos, comunitarios y la utilización prevista de los servicios sanitarios por esa misma población. Describe, asimismo, la índole y el alcance de las instituciones sanitarias de la zona y los servicios que prestan a la población en estudio. Compara las necesidades previstas de la comunidad con la oferta de servicios existentes para identificar deficiencias o excesos presentes y futuros. Describe los servicios sanitarios que no son proporcionados ahora por los recursos correspondientes de la comunidad y examina la competencia entre servicios o programas y la duplicación de capacidad instalada.

También examina las directrices y las declaraciones de las entidades de planificación externa y confirma o propone enmiendas a las necesidades sanitarias previstas para la municipalidad. Examina la disponibilidad de médicos y otro tipo de recursos humanos.

Covey (1990), considera que la manera más efectiva de establecer la “misión” es buscar el desarrollo de la propia misión individual, de nuestras filosofías o credos, y enfocar valores y principios (13). En distintas organizaciones, como en los hospitales, el mecanismo es el mismo, solamente que en conjunto, donde todos participan en la redacción de la “misión del hospital” y también se someten a una profunda introspección, a un análisis cuidadoso, a extensas reflexiones, hasta llegar al producto final, completo, conciso y que expresa los más íntimos valores y direcciones institucionales frente a la comunidad que sirve.

El enunciado de la misión institucional básica guía la formulación del plan. Por ejemplo, si la institución se decidió a elaborar nuevos programas y servicios, solo debe ponerlos en práctica después de efectuar un estudio cabal de la comunidad, de sus necesidades y de sus posibles relaciones con otras instituciones.

En general, los enunciados de los hospitales son obras literarias vagas, que no muestran dirección, definidas de manera tal que no ofrezcan ninguna forma de resistencia u oposición. El enunciado de la misión declara la razón de la existencia de la institución y su propósito general en el sistema de asistencia sanitaria de la comunidad. Describe el papel que la institución desempeña junto con otras instituciones sanitarias y sus relaciones de cooperación actuales o previstas para el futuro en materia de prestación de servicios sanitarios a la población.

Analizar en detalle el hospital y su ambiente exterior para determinar las fuerzas que lo afectan y la habilidad para gerenciar a su favor. Identificar y evaluar los principales problemas, cuestiones, oportunidades y amenazas que el hospital está o estará enfrentando, de acuerdo al orden de importancia.

La planificación estratégica es esencialmente una ciencia que trata de los cambios del mundo exterior. Aquí buscamos compatibilizar las capacidades o competencias internas y nuestras aspiraciones, con las demandas y oportunidades siempre presentes en la sociedad que nos rodea.

Los criterios del estudio describen la justificación de la norma en que se preparó el plan, incluidos los componentes principales. Explica los métodos usados para identificar los grupos humanos atendidos por la institución y sus límites geográficos, políticos, naturales o de otro tipo de dicha zona, así como las características de la población residente en el área de influencia del hospital y las proyecciones sobre cambios futuros en el crecimiento de la población o su composición. Tiene en cuenta las futuras modificaciones en la tendencia de estas comunidades, en especial la planificación y los servicios gubernamentales, el desarrollo industrial y comercial y otros factores que pueden determinar la necesidad de servicios sanitarios en el futuro.

Vilfredo Pareto, o "Marchese di Parigi" (1848–1923), sociólogo y economista italiano, hace muchos años ya había propuesto un método para apoyar el análisis de situaciones. Dentro de un conjunto de factores sobre los cuales se debe centrar una decisión, se busca aquellos que al solucionarlos consiga resolver el 80% de los problemas existentes. El plan debemos también centrarlo en "apagar permanentemente los incendios" que perturban casi el 80% de las actividades hospitalarias diarias.

Los instrumentos utilizados para planificar son varios y cubren métodos cualitativos: observación, experiencia, creatividad, e intuición. Hay otros métodos cuantitativos más refinados que incluyen las herramientas

naturales de los ingenieros industriales: análisis de sistemas, modelos de simulación, PERT u otros más sencillos como registros médicos, contabilidad hospitalaria, actas de reuniones, informes estadísticos anuales. En general, el problema no es la falta de información. Al contrario, hay muchos datos no organizados que brindarían una información adecuada para la toma de decisiones.

Las informaciones básicas que se necesitan en el hospital son aquellas que abarcan su área de captación. Es decir, conocer la ubicación de los silos y las instituciones de referencia de casos, los servicios de apoyo que ofrecen, las características del cuerpo clínico, el resultado de sus operaciones financieras, y la competencia local. Es muy importante también recolectar registros sobre los diferentes pacientes.

Cada uno de estos rubros merecen ser analizados detalladamente para conseguir mejor precisión en la planificación, ya que es prácticamente imposible alcanzar en América Latina una proyección perfecta a 50 años, que es la duración promedio de un hospital, cuando los datos ambientales son tan variables.

Buscar las estrategias apropiadas después de revisar las variadas opciones que equilibran el potencial del hospital con los cambios permanentes de las condiciones internas y externas, tomando en consideración la nueva misión del hospital, sus valores y deseos, disponibilidad de recursos y su responsabilidad social. Preparar un plan escrito que apoye y conduzca esta estrategia, después que los consejos directivos de la institución aprueben las nuevas metas y tácticas, bajo la orientación de un comité de planificación.

De la misma manera que un buen médico de medicina general no podrá jamás aplicar un tratamiento correcto para el enfermo sin llegar a un diagnóstico preciso, tampoco un hospital podrá planificar su futuro sin los diagnósticos exactos de su situación actual, obtenidos mediante la observación de las etapas anteriores. Solamente así, es posible considerar las opciones y hacer la mejor selección de las metas y direcciones que tiene que perseguir para el futuro.

En esta fase el ingeniero gerencial inicia la organización de la información existente bajo términos específicos, sintetizando los resultados. Deben ser incorporadas las diferentes recomendaciones y determinarse la persona, el momento, el lugar y los recursos disponibles para ejecutar el plan.

Obtener la aprobación de este plan es una fase primordial ya que orientará la gerencia del hospital por varios años. Es siempre bueno recordar que los grandes esfuerzos para llegar a este punto no deben interrumpirse por la inacción futura.

Implementar el plan es el gran desafío, principalmente en América Latina, donde la continua convulsión en el ambiente exterior conlleva siempre a la postergación del tiempo de puesta en marcha.

Lo que caracteriza a los "grandes" empresarios es su capacidad para asumir riesgos; por más detallado que sea un plan, habrá siempre momentos en que el líder del grupo tendrá que balancear todas las alternativas de lo imprevisto y tomar una decisión, que obviamente siempre tiene sus riesgos. La administración estratégica a veces se transforma en una gerencia coyuntural, donde la intuición del líder prevalece.

Establecer los procedimientos y el calendario o agenda para monitorear el plan y determinar si el plan presentado es el mismo que fue propuesto.

La revisión del plan es siempre necesaria, pues los cambios no previsible de algunos de los componentes exigen nuevas medidas. Existirá siempre la necesidad de tener un plan contingencial que permita superar las crisis externas o cambios organizacionales dentro del mismo hospital para hacer frente a posibles contratiempos que puedan ocurrir y afectar la habilidad de la institución en alcanzar sus objetivos (14).

Estas situaciones pueden ser relativas a los aspectos de la construcción física, incorporación tecnológica, variables económicas, política local o nacional, o también de naturaleza gerencial. Cabe al comité de planificación estar preparado con planes estratégicos eventuales que permitan superar las crisis externas o cambios organizacionales dentro del mismo hospital para minimizar los impactos.

Estas tareas pueden ser efectuadas de diferentes formas por el ingeniero gerencial, dependiendo de la experiencia de los planificadores, de la complejidad de los administradores o de los cambios en el sistema de prestación local de salud.

CONCLUSIÓN

Hacer que un nuevo proyecto de hospital se implemente no es fácil en América Latina. Por lo tanto, hay que establecer un clima favorable dentro y fuera del hospital, bajo el liderazgo de su Director General o Superintendente. Además, es necesario buscar el apoyo del grupo de médicos y enfermeras y la colaboración de los ingenieros gerenciales y de otros profesionales, así como el apoyo de la comunidad.

Para promover estas complejas organizaciones es necesario delinear claramente las funciones del cuerpo rector, de la administración, del personal médico y de enfermería, y sobre todo, el papel de la comunidad. También resultará valioso proporcionar información acerca de la selección de los participantes de los cuerpos directivos del hospital y los métodos que se emplean para considerar sus deliberaciones gerenciales finales.

Es imprescindible que los planes operativos de la junta directiva reciban el respaldo de los líderes médicos, instituciones y grupos claves de la comunidad. Los esfuerzos deben ser coordinados para asegurar que todos estén involucrados en los diferentes niveles de actividad y movilizados hacia la misma dirección.

Es siempre indispensable tener un manual del hospital, donde estén resumidos los componentes de los programas, lo que se espera de cada uno, las políticas, normas, procesos u otros procedimientos que expliquen hacia donde están siendo conducidos los esfuerzos, dejando siempre suficiente "espacio" para nuevas sugerencias creativas. En ese manual se describirán los programas y servicios existentes en la institución y se revisa su utilización a lo largo de su existencia. Siempre que sea posible, se identificarán los factores internos o externos que rigen las modalidades de utilización en el pasado.

Basándose en la misión y el papel enunciados y tomando en cuenta las lagunas y duplicaciones identificadas en los servicios sanitarios de la comunidad, se trazan los planes de corto y largo alcance de la institución para llevar a cabo programas de servicio en materia de asistencia de pacientes hospitalizados, atención ambulatoria, diagnóstico y tratamiento, educación, investigación y otros que podrían ser pertinentes.

Los ingenieros gerenciales prevén la futura utilización de los programas y servicios planificados de la institución, aportando información estadística para los programas, recursos humanos, instalaciones o planificación financiera en el futuro. Se convierten así en el "brazo derecho" del director del hospital ofreciéndoles a estos los instrumentos necesarios para justificar sus proposiciones y respaldar las decisiones tomadas que llevarán al mejoramiento continuo de la calidad.

REFERENCIAS

- 1 Paganini JM, Novaes HM. *La Garantía de Calidad—Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1992. (Serie SILOS No. 13).
- 2 Novaes HM. Quality in Hospital Care. *World Health Forum* 1993;14(4).
- 3 Folker DA. Hospital Management Engineering and Hospital Administration: A Historical Perspective Tied Into Current Issues. NLN-PUBL. 1987 des (20-2191);47-59.
- 4 Berwick DM. En: Paganini JM y Novaes HM eds. *La Garantía de Calidad—Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. 1992;97. (Serie SILOS No. 13).
- 5 DuBrin A. *Contemporary Applied Management*. 3ra ed. Illinois: Irwin RD, ed. 1989;636.
- 6 Covert RP. Management Engineering in the Hospital Environment. *Top Hosp Pharm Manage* 1982;3(3)12-19.
- 7 Organización Panamericana de la Salud. *Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios*. Washington, DC:OPS; 1993. (Serie PALTEX PROAHS-A-FGV/EAESP/HCFMUSP).

- 8 Holland J. Workshop: Manpower Planning to Meet Needs. *Health Care Management Review* 1976;42-46.
- 9 Scott Mac-Stravic RE. Forecasting Health Services Demand: Time-frames and Data Requirements. *Health Care Planning and Marketing Quarterly* 1982.
- 10 Scott Mac-Stravic RE. Resources Requirements for Health Care Organizations. *Health Care Management Review* 1979.
- 11 McNash M. Management Engineering's Contribution to the Strategic Planning Process. *Health Care Strateg Manage* 1985;3(4):4-7.
- 12 Drucker PF. Long-range planning: Challenge to management science. *Management Science* 1959;5:239.
- 13 Covey SR. *The Seven Habits of Highly Effective People*. New York: Simon & Schuster; 1990:139.
- 14 Peters J. *A Guide to Strategic Planning for Hospitals*. *American Hospital Association* 1985:60.

PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA NO BRASIL: ASPECTOS HISTÓRICOS E DESENVOLVIMENTO DOS CURSOS DE MESTRADO E DOUTORADO¹

Everardo Duarte Nunes²

INTRODUÇÃO

O objetivo central desta apresentação é traçar um quadro geral das questões que, ao longo dos últimos anos vêm sendo debatidas em torno da pós-graduação em saúde coletiva, com especial referência aos cursos de mestrado e doutorado. Não se trata de abordar o tema de forma exaustiva, mas de reportar os principais elementos que vêm estruturando esta área de conhecimentos e práticas. Deve-se considerar que este campo tem sido analisado e avaliações realizadas em diversas ocasiões (1). Com base nesses trabalhos e na experiência acumulada é que procurarei desenvolver o tema, a fim de subsidiar esta discussão.

ORIGEM DOS CURSOS EM SAÚDE COLETIVA

Mesmo sem a pretensão de estabelecer uma revisão histórica detalhada sobre as origens mais longínquas de um pensamento social em relação à saúde, não se pode deixar de mencionar que as suas bases se inscrevem nos movimentos europeus de reforma sanitária e de reforma médica ocorridos na segunda metade do século XIX. Esses movimentos trazem, juntamente com as idéias liberais, a consciência da importância do

¹ Palestra realizada na cerimônia de pós-graduação do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, em 21 de outubro de 1992.

² Professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas.

papel dos fatores sociais para a compreensão dos problemas de saúde e das relações da medicina com os assuntos políticos e, em certo sentido, como no caso da França, o do monopólio da profissão médica sobre o saber e a prática da medicina. Data desse momento a definição da ciência médica como uma ciência social. Até então, as denominações que acompanhavam essas idéias eram muito variadas: higiene social, política médica, saúde pública, medicina legal. Foi durante o movimento da reforma médica, ocorrido naquela ocasião, que se procurou agrupar, sob a rubrica de medicina social, um conjunto de preocupações em torno de algo com maior consistência e organização. Refiro-me à idéia desenvolvida por Jules Guérin quando afirmava, em março de 1848: "Tínhamos tido já ocasião de indicar as numerosas relações que existem entre a medicina e os assuntos públicos... Apesar destas abordagens parciais e não coordenadas que tínhamos tentado incluir sob rubricas tais como polícia médica, saúde pública e medicina legal, com o tempo estas partes separadas vieram a se juntar em um todo organizado e atingir seu mais alto potencial sob designação de medicina social, que melhor expressa seus propósitos..." (2). Esse esforço de denominar um campo disperso de atividades não seria adotado de forma unânime. Tanto assim é que uma nomenclatura diferente persistiria e estaria presente ao longo do tempo, e dessa tradição seríamos herdeiros. No Brasil, as faculdades denominaram-se de higiene e de saúde pública, da mesma forma que as primeiras cátedras e departamentos que se estabeleceram junto às faculdades de medicina neste século.

Por outro lado, a discussão sobre a questão do ensino não ficou paralisada. Veja-se, por exemplo, que essa questão seria retomada na segunda metade do século XX, constituindo-se em expressivo movimento que, ao desencadear-se na Europa e nos Estados Unidos, teria repercussões importantes na América Latina. Dentre os inúmeros seminários sobressaem-se aqueles realizados em 1955 e 1956, em Viña del Mar (Chile) e Tehuacán (México), que definiram para a América Latina as propostas da medicina preventiva, daí decorrendo uma revalorização do aspecto social. A proposta era não só preencher o vazio deixado pela higiene, mas definir o papel do médico perante a família e a comunidade e criar uma nova atitude preventivista que deveria ser desenvolvida durante o processo de formação médica, e isto, pensava-se, poderia ser conseguido através do ensino (3).

Não há dúvidas de que a grande conquista desse período foi a implantação dos departamentos de medicina preventiva e social, acompanhada da instituição de algumas disciplinas e temas, tais como: epidemiologia, ciências sociais (denominadas na época de ciências de conduta), planejamento, organização e administração de serviços de saúde e medicina quantitativa (através da bioestatística). Além desses aspectos da estruturação curricular, como inovações importantes, não se pode minimizar a influência

dessas propostas ao criticar a educação, a organização e a prática médica. As críticas ao modelo que fundamentou o ensino da medicina preventiva e social seriam tarefa dos anos 1970 e, passadas duas décadas, nem todas as questões apontadas na época foram resolvidas. Por exemplo: a integração disciplinar, as relações teoria/prática, a integração do ensino à rede de serviços, etc.

Na década de 1970 os movimentos de reforma médica iriam incorporar novas dimensões, sendo que a principal destas ficou conhecida como medicina comunitária ou saúde comunitária. Posteriormente esta questão seria alvo de intensas críticas. Além disso, no Brasil, a incorporação legal de uma rubrica que passasse a denominar de estudos de saúde coletiva o que anteriormente se chamou de medicina preventiva e social, em termos de disciplina para as novas faculdades de medicina, é decorrência da adoção do currículo mínimo aprovado em 1989.

Também no início da década de 1970, iniciam-se as discussões sobre a extensão de cobertura e a racionalização do uso dos recursos para a saúde. Esta discussão, realizada em 1972 na III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas, propunha, também, intervenção do Estado a fim de garantir a saúde como um direito inalienável para todos os indivíduos. Há de se lembrar que nesse momento cerca de 37% da população não recebia nenhuma forma de atenção à saúde.

Observa-se, assim, na década de 1970, uma intensa procura para redefinir as ações de saúde (que tem como principal ponto de referência as práticas coletivas), e com ênfase na atenção primária e em seu desenvolvimentos paralelos, salientando-se a integração docente-assistencial. Deve-se também acrescentar que em 1975 (a nível de Ministério da Saúde) e em 1976 (a nível de Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo) ocorreram modificações importantes na organização da saúde pública e movimentos intensos por parte de sanitaristas. Entre as propostas incluem-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) do Nordeste, em agosto de 1976, e o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), em agosto de 1980, que não chegou a ser concretizado.

Sem dúvida que quando se analisa retrospectivamente a área da medicina preventiva e social e a de saúde pública, verifica-se que a década de 1970 se sobressai sob todos os ângulos. Percebe-se claramente que havia muitos motivos para que a atenção se voltasse para a saúde. Por um lado, tanto as questões de saúde e de atenção médica não se estavam resolvendo (na verdade pioravam), como não mais se podia contar como exclusivos os modelos teóricos, que até então haviam predominado, para explicar essa realidade. Dizia-se que tanto a geração de conhecimentos como determinada prática estavam passando por uma fase de crise. Apesar dos milagres econômicos latino-americanos, presenciava-se crescente deterioração da saúde coletiva. Ao lado do aumento da taxa de mortalidade infantil, que já hou-

vera dado sinais de decréscimo, a desnutrição era um problema não resolvido e outros problemas começavam a se manifestar como, por exemplo, acidentes no trabalho e aumento de doenças cardíaco-vasculares.

É interessante notar que no final da década de 1970, quando foi criada a Associação de Pós-Graduação em Saúde Coletiva com o objetivo de rearticular a formação do pessoal da área, a proposta era identificar os graves problemas que não só não ficaram resolvidos mas que tinham se agravado durante aqueles anos. Os princípios básicos da Associação destacavam que as diferenças nos padrões de morbi-mortalidade traduziam a heterogeneidade estrutural, refletindo os desequilíbrios sociais causados pelo processo global de desenvolvimento. Ao caracterizar o sistema de prestação de serviços como profundamente marcado pela desigualdade de acesso, chamava a atenção para a questão do empresariamento da saúde, no que ficou conhecido como a indústria da saúde (4).

Percebia-se que as questões de saúde não poderiam continuar a serem discutidas sem um profundo repensar que envolvesse a formação de recursos humanos dentro de novas categorias. Não bastava a denúncia, precisava-se de um arsenal teórico que desse conta de uma situação de contradições e conflitos. Nesse sentido, assiste-se a um movimento que, vindo do final dos anos sessenta, encontra solo fértil para realizar suas propostas e irá contar com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde. Refiro-me aos seminários sobre ensino e metodologia das ciências sociais em saúde realizados em Ribeirão Preto e Campinas (Brasil), em Buenos Aires (Argentina) e em Cuenca (Equador), assim como à publicação, em 1972, do livro *Educación Médica en la América Latina*, de autoria de Juan César García que passaria a ser, a partir daquele momento, o marco de referência nos estudos sobre educação médica, incluindo a mais completa avaliação sobre o ensino da medicina preventiva e social até então elaborada.

Ao analisar as condições políticas e acadêmicas que estiveram presentes na gênese do campo da saúde coletiva no Brasil, Costa (5) aponta que “Essas preocupações teóricas ou de procedimentos foram condições necessárias, porém não suficientes para explicar a enorme repercussão que o campo das ciências sociais teve na saúde coletiva”. Salienta, com bastante propriedade, que a primeira conjuntura da pesquisa em saúde coletiva, de 1975 a 1978, teve como fontes constitutivas os Programas Peses-Peppe, na Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), e o Instituto de Medicina Social, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Mostra como foi o desenvolvimento de apoio institucional que se tornou possível na ocasião mediante o Programa de Saúde Coletiva no âmbito da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP).

Havia, na época, um conjunto de condições políticas e institucionais que favoreciam o encaminhamento da revisão do modo de produzir especialistas que contemplassem novas propostas e que reestruturassem o

campo da saúde pública. Até a década de 1950 só se realizava pós-graduação nas Escolas de Saúde Pública (São Paulo e Rio de Janeiro) ou no exterior. Os programas de residência médica ligados aos departamentos de medicina preventiva e social surgiram por volta de 1962, época também em que ocorreu o desenvolvimento da pós-graduação *stricto sensu* nas escolas de saúde pública. Foi, como já se disse, somente nos anos setenta que os departamentos de medicina preventiva e social voltaram-se para a pós-graduação *stricto sensu*. Datam de 1975 os cursos descentralizados e, posteriormente regionalizados, da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, com o objetivo de formar especialistas num esquema de pós-graduação *lato sensu*.

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DOS CURSOS DE SAÚDE COLETIVA

Acompanhando a evolução histórica dos cursos de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado) que se incluem na ampla denominação de “saúde coletiva”, verifica-se que foi a partir dos anos setenta que se iniciou a instalação dos primeiros cursos. Como foi dito acima, a expressão “saúde coletiva” não era usada no início da década de 1970. Inclusive, os dois cursos que se tornaram paradigmáticos nessa área, como resultado dos primeiros movimentos de renovação no campo da saúde pública, chamavam-se “medicina social”, tanto o criado em 1974 junto ao Instituto de Medicina Social, no Rio de Janeiro, como o criado em 1975 junto à Universidade Autônoma Metropolitana, em Xochimilco, no México. A idéia de “saúde coletiva” é tratada em dois momentos, no ano de 1978: no I Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, realizado em Salvador, Bahia, e na Reunião Sub-Regional de Saúde Pública da Organização Pan-Americana da Saúde/Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (OPAS/ALESP), realizada em Ribeirão Preto. Paim (6), ao resgatar as origens dessa discussão assinala que “Esta designação (...) representou a ruptura com o modelo docente e de investigação conformado e controlado pela Fundação Rockefeller no âmbito de um desses cursos (no da Bahia) e a busca de um marco conceitual alternativo para o conjunto dos cursos”. Refere-se, também, à discussão da criação de uma entidade que congregaria todos os cursos de pós-graduação dessa área.

Na reunião realizada em Ribeirão Preto, em dezembro de 1978, após a apresentação dos diversos programas, foi agendada uma reunião que cuidasse da criação de uma Associação de Pós-Graduação. Isto se efetivou em 27 de setembro de 1979 durante a realização, em Brasília, da I Reunião sobre a Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área de Saúde Coletiva, promovida pelos Ministérios da Saúde e Previdência e Assistência Social e pela OPAS, ao se criar a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Seu objetivo era que a

formação de pessoal em nível de pós-graduação deveria ser orientada por “um processo gerador de análise crítica do setor saúde na realidade social em que se insere: que seja potencialmente capaz de influir no campo da docência, pesquisa e prestação de serviços”. O Documento Preliminar afirma, em uma de suas partes, que: “Em termos de conteúdo programático, a Associação reconhece que se deva estabelecer um adequado equilíbrio entre os conteúdos técnicos e teórico-conceituais, entre o “biológico” e o “social”, entre o “operacional” e o “crítico”, como forma de evitar o “tecnicismo” e o “biologismo” presentes na tradição de ensino da área de Saúde Coletiva” (4).

Assim, em 1979, um grupo de profissionais de saúde do Brasil cunhou o termo “Saúde Coletiva” ao mesmo tempo em que se criava uma associação de molde corporativo, agregando diferentes tipos de profissionais com formação em diferentes áreas do conhecimento. Esses profissionais eram oriundos das áreas de saúde pública e/ou medicina preventiva e social e, como já foi observado, a ênfase quanto à orientação teórico-metodológica e política em relação à saúde era pensar a questão privilegiando o social como categoria analítica.

No primeiro estudo, realizado em 1981 por Cordeiro e Magaldi (7) sobre a situação do ensino e da pesquisa em saúde coletiva no Brasil, esses autores identificaram seis cursos de mestrado e quatro de doutorado. Foram eles os seguintes: Saúde Comunitária, Universidade Federal da Bahia (mestrado); Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (mestrado); Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro (mestrado e doutorado); Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo (mestrado e doutorado); Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Ribeirão Preto (mestrado e doutorado); e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública (mestrado e doutorado).

Posteriormente, em 1987, Cohn e Nunes (8) constatavam a existência de cinco cursos de mestrado e cinco de doutorado, sendo dois de Odontologia Social. Não se tendo realizado novo estudo e com base no último Catálogo de Cursos de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (9), publicado em 1991, e excluindo os cursos na área da enfermagem, odontologia social, administração em saúde e saúde da criança encontramos os seguintes cursos:

- Saúde Comunitária — Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia — mestrado criado em 1973 (multiprofissional).
- Saúde Pública/Epidemiologia — Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia — doutorado, credenciado em 1989 (para quem tenha o título de mestre em Saúde Coletiva).
- Saúde Pública — Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro — mestrado, criado em 1977, com as seguintes áreas de concentração:

Epidemiologia Geral, Epidemiologia das Grandes Endemias, Planejamento em Saúde, Políticas Públicas em Saúde, Saúde do Trabalhador, Saúde Ambiental, Saúde e Sociedade, Toxicologia (multiprofissionais).

- Saúde Pública — Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro — doutorado, criado em 1980 (multiprofissional).

- Saúde Coletiva — Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro — mestrado, criado em 1974, posteriormente criado o doutorado (multiprofissional).

- Saúde Coletiva — Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas — mestrado e doutorado, criados em 1985 (multiprofissional).

- Medicina Preventiva — Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto — mestrado e doutorado (somente para médicos).

- Medicina Preventiva — Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo — mestrado e doutorado, criados em 1973 (somente para médicos).

- Saúde Pública — Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo — mestrado e doutorado, criado em 1970, com as seguintes áreas de concentração: Epidemiologia, Nutrição, Saúde Ambiental, Serviços de Saúde Pública, Administração Hospitalar (multiprofissionais).

- Saúde Coletiva — Faculdade de Ciências da Saúde, Londrina, Paraná — mestrado, criado em 1990 (multiprofissional).

- Saúde Coletiva — Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande — (instalado em 1992).

- Saúde Coletiva — Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá — (em implantação).

- Epidemiologia — Escola Paulista de Medicina — mestrado (multiprofissional). Observação: Não consta do Catálogo ABRASCO/91.

- Epidemiologia — Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Federal de Pelotas. Observação: Não consta do Catálogo ABRASCO/91.

Ao tentar reconstituir a história dos cursos de Saúde Coletiva no Brasil, verifica-se que houve, a partir de 1980, uma crescente preocupação em definir o campo da saúde coletiva, sendo que esta questão que poderia parecer secundária, acaba se revestindo da maior importância por não se tratar somente da denominação de um campo de trabalho, mas de saber quais são os seus conteúdos. Em 1981 Paim (10) apontava, em um trabalho denominado *O objeto e a prática da medicina social* que: “A atual compreensão do objeto dessa disciplina sugere o envolvimento de questões no âmbito das ciências biológicas e sociais, exigindo, portanto, uma abordagem teórica e metodológica que utilize conhecimentos epistemológicos das duas áreas.” No sentido de delimitar essas questões incluía: “o estudo

dos determinantes da produção social das doenças e da organização social dos serviços de saúde, além da historicidade do saber e das práticas de saúde”.

Como foi acima apontado, essa questão iria tornar-se recorrente com o passar do tempo. Não se pode deixar de mencionar que, no início, contou com um texto que seria referência obrigatória no tratamento do assunto. Preparado por Cecília Donnângelo para o II Encontro Nacional de Mestrados e Doutorados na Área de Saúde Coletiva, realizado em 1982, e que se baseava em trabalho escrito em colaboração com Oswaldo Campos e apresentado em dezembro de 1981 no Seminário sobre Saúde Pública, organizado pela FUNDAP, São Paulo (11). Trata-se da revisão feita pela autora sobre as principais tendências da produção científica na área da saúde coletiva nos anos setenta. Como escreve Donnângelo, ao discutir a questão da produção, procurava estabelecer “uma delimitação aproximada do campo, não através de definições formais e sem referência à especificidade que adquire na sociedade brasileira, determinado conjunto de práticas relacionadas à questão da saúde”. Assume a autora que, para se chegar a entender o campo da saúde coletiva é necessário contrapô-la às práticas da medicina individual. Com relação a esta última, sua institucionalização assentava-se em um estrutura de saber e prática que tinha como centro o indivíduo e o biológico e, mais do que isto, havia “permanecido relativamente resguardada dos efeitos de reordenações econômicas e político-ideológicas”. Prossegue lembrando que essa estrutura é relativamente estável e unívoca. O mesmo não acontece com a saúde coletiva. Escreve Donnângelo: “As práticas designadas de saúde coletiva, propostas originalmente como campo da saúde pública institucionalizada, não partilham dessa homogeneidade do saber médico. A imprecisa designação de coletivo tem recoberto efetivamente distintos objetos de saber e de intervenção.” Salienta o fato de que a noção de coletivo tem sido freqüentemente utilizada de maneira acrítica para designar um campo supostamente uniforme. Na época em que escreveu, e frente à produção existente, verificou que havia “marcadas variações temáticas, pela ênfase em distintos objetos e em distintos campos do saber, por variações temáticas e metodológicas de análise, por distintas opções sobre modelos experimentais”. Resumia a situação afirmando: “Essas variações reproduzem, efetivamente, a amplitude possível da gama de conotações assumidas pela noção de coletivo: coletivo/meio; coletivo/conjunto de indivíduos; coletivo/interação entre elementos; coletivo como conjunto de efeitos ou conseqüências da vida social; coletivo transformado em social como campo específico e estruturado de práticas.” Ressalte-se que o ponto fundamental nessa concepção, mesmo heterogênea, de coletivo é a necessidade de que seja sempre tomado em suas manifestações histórico-concretas.

Posteriormente, Fleury (12) retomaria os pontos centrais acima delineados incorporando, para a compreensão do objeto da saúde coletiva,

as idéias desenvolvidas por Pereira (13). Para este último autor, a medicina social trataria dos aspectos sociais e institucionais da medicina, no sentido de compreender os processos que mantêm a saúde ou provocam a doença e das práticas sociais que procuram recuperar ou manter aquela. Pereira afirmou textualmente: “Trata-se de uma mudança qualitativa, porque o objeto de tal disciplina não seria representado por corpos biológicos mas por corpos sociais. Não se trataria tão-somente de indivíduos, mas de sujeitos sociais, de grupos e classes sociais e de relações sociais referidas ao processo saúde-doença. Deste ponto de vista as práticas sociais da medicina seriam objeto, especificamente, dessa disciplina de fronteira.” Aponta como grande desafio para o campo, o fato da adoção de um objeto ao mesmo tempo natural e histórico-social.

Paulatinamente o campo da saúde coletiva foi desenvolvendo uma série de investigações que deram conformação à área. Assim, a saúde coletiva toma como seu objeto a própria análise das formações discursivas, como se constroem conceitos e objetos, mas depara, ao mesmo tempo, com a problemática de repensar a determinação da doença, não mais no modelo da epidemiologia clássica, mas dentro de um paradigma que privilegiasse o social. Some-se a isso a necessidade de desvendar a própria organização social da prática médica na medida em que esta se estrutura através de relações políticas, econômicas e ideológicas, quer seja na expressão dos serviços de saúde, quer seja nas propostas das políticas de saúde. Hoje, no momento em que se revisam muitas das formulações que originariamente embasaram a compreensão das políticas sociais no “desvio determinista” — leia-se economicista — o importante é não cair em outra forma de reductionismo. Este aspecto foi enfatizado por Oliveira (14) ao tecer uma série de comentários no Seminário sobre Saúde e Políticas Sociais na América Latina, quando lembrava a importância de se estabelecer a relação necessária entre estruturas e processos e estrutura e atores, a fim de evitar a simples desqualificação do elemento da determinação sem nada colocar em seu lugar.

De um modo geral, esses aspectos têm permeado os cursos de pós-graduação, ou seja, compreender a doença como fenômeno social e a prática em saúde como uma prática social. Assim, alguns cursos, como o da Bahia, explicitam estes pontos quando assinalam que o modelo curricular toma como pressupostos que “A saúde, enquanto estado vital, setor de produção e campo de saber, está articulada à estrutura da sociedade através das suas instâncias econômicas e político-ideológicas”; que “As ações de saúde (promoção, proteção, recuperação, reabilitação) constituem uma prática social e trazem consigo as influências do relacionamento dos grupos sociais”. Assume que “o objetivo da saúde coletiva é constituído nos limites do biológico e do social e compreende a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização social dos serviços

de saúde e o estudo da historicidade do saber e das práticas sobre os mesmos” (9).

De forma menos detalhada, o curso do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro coloca também esta perspectiva quando define que os objetivos do curso são: “Formar mestres em Saúde Coletiva capacitados a desenvolver pesquisa, ensino e prestação de serviços no campo da Saúde Coletiva; desenvolver instrumentos de reflexão sobre a medicina como prática social, analisando a gênese e desenvolvimento do saber e das práticas de saúde, bem como suas dimensões técnicas, econômicas e político-ideológicas” (9).

Em avaliação realizada em 1991, é apontado que, em relação ao curso do Instituto de Medicina Social, “Existe na atualidade uma espécie de confrontação entre aqueles que sustentam a prioridade acadêmica do projeto e aqueles que defendem a prioridade da orientação e dos objetivos predominantemente políticos do mesmo.” Prossegue afirmando que “Sem ser em realidade uma confrontação antagônica ou excludente, pode-se dizer que vai tomando maior força a proposta de predomínio acadêmico”. Acrescenta alguns pontos que são da maior importância nesta avaliação, quando assume que “Simultaneamente ocorre no mestrado uma certa estratificação entre o setor de professores mais antigos e o dos mais novos, e um progressivo distanciamento entre o estamento de professores e o de alunos. Ocorre igualmente outra tensão entre aqueles que defendem uma certa tendência à especialização dentro do campo da saúde coletiva e aqueles que sustentam uma formação mais global que equilibre aspectos técnico-políticos e acadêmicos”. Na atualidade, o programa encontra-se dividido, constituindo três departamentos: planejamento e administração de saúde, epidemiologia e ciências humanas em saúde (15).

Por outro lado, embora não assumindo uma definição explícita de saúde coletiva, outros cursos procuram compor um elenco de disciplinas que possam dar conta dessas dimensões como, por exemplo, o curso ministrado na Universidade de Campinas ou o de Londrina.

O que se percebe é que, embora exista um núcleo comum (em geral formado pelas disciplinas de epidemiologia e ciências sociais), há uma grande diversidade de áreas e temas compondo o quadro atual dos cursos de pós-graduação. Essa dimensão é mais evidente nos cursos ministrados nas Escolas de Saúde Pública, embora os cursos criados em épocas mais recentes já estejam enfrentando este problema. Lembre-se que a questão do conteúdo foi um dos principais pontos discutidos no laboratório de estudos (workshop) de Avaliação da Pós-Graduação *stricto sensu* em Saúde Coletiva, realizado em Porto Alegre em 16 e 17 de maio de 1992. Nesse laboratório de estudos os participantes constataram que, dada a natureza interdisciplinar complexa e abrangente do objeto da saúde coletiva, há necessidade de se repensar a estrutura mesma dos cursos, isto é, essa pós-

graduação deverá ter um caráter especializado, tendência que já vem se observando de maneira bastante expressiva. Como aparece no documento do grupo, “há uma tendência à formação de áreas de concentração no interior dos cursos já existentes e da abertura de novos cursos com organização curricular em torno de grandes áreas temáticas tais como, epidemiologia, planejamento, administração em saúde, saúde ambiental, etc.” (16).

Em certo sentido, essa questão fica mais patente nos cursos realizados nas Escolas de Saúde Pública que, pela própria estrutura e propósitos, compreendem uma extensa variedade de conteúdos. Em recente discussão na Escola Nacional de Saúde Pública, Manyo (17) colocava que um dos problemas a ser enfrentado era o fato de que “não existe consenso na área em que lidamos, dada a sua complexidade, polissemia e fragilidade no estabelecimento de paradigmas”. Impunha-se, portanto, dar uma resposta à questão: Existe um núcleo comum de conteúdo indispensável ao pós-graduando em Saúde Pública? Se existe, qual é? Especificamente, como deveria ser tratado em nível de mestrado e doutorado? Previamente foram entrevistados 27 professores, dos quais 24 (88,9%) optaram, basicamente, pela idéia de currículos diversificados, segundo as diferentes temáticas; apenas três (11,1%) optaram por algo próximo à proposta de um currículo igual para todos. Entre os que fizeram a primeira opção, dois sugeriram a inclusão de uma disciplina comum obrigatória (Histórico e Conceituação da Saúde Pública) e um sugeriu quatro disciplinas, além da Epidemiologia (18).

Na realidade, a Escola Nacional de Saúde Pública ministrou no primeiro semestre de 1992 a disciplina “História e Paradigmas do Pensamento e da Prática Social em Saúde” a todos os pós-graduandos em nível de mestrado. Tal curso foi dividido em três unidades que trataram dos seguintes aspectos: Unidade I — Os saberes, a ciência e os paradigmas; Unidade II — A constituição do campo da saúde coletiva: trajetória; Unidade III — A constituição do campo da saúde coletiva: disciplinas e temas; Unidade IV — Conhecimento e prática em saúde coletiva: um desafio permanente. Este último aspecto foi tratado em mesa-redonda, tendo como objetivo sistematizar três pontos: a prática teórica, a prática política e a prática pedagógica, considerados fundamentais na concepção da saúde coletiva.

Já se teve oportunidade de mencionar que tanto na Escola Nacional de Saúde Pública, como na Faculdade de Saúde Pública há diversas subáreas de concentração. O que se pode constatar é que o perfil desses cursos difere daqueles que se desenvolvem no interior dos departamentos de medicina preventiva e social. Não se trata de rever todos os conteúdos desses cursos, mas apontar que existe uma grande heterogeneidade embora, como já foi afirmado, haja um certo núcleo comum. De certa forma

essas estruturas curriculares prendem-se às próprias origens dos cursos e, também, a uma tradição em torno de determinados objetos de investigação. Cite-se, como exemplo, a intensa e extensa investigação epidemiológica realizada na pós-graduação de Ribeirão Preto, desde o início de suas atividades, em 1971. Isto não impediu que se associassem à pesquisa de caráter epidemiológico os problemas relacionados à assistência médica e mesmo à educação médica. Em trabalho escrito em 1978, Rocha e companheiros (19) reportavam-se aos diversos enfoques que orientaram as pesquisas — epidemiológico-preventivista, de medicina comunitária, de teoria dos sistemas histórico-estruturais — fornecendo um quadro geral da situação e que mostra as vinculações dos conteúdos do programa de pós-graduação com as pesquisas realizadas.

Quanto aos programas de criação mais recente, como no caso da UNICAMP, percebe-se que estão em busca da melhor adequação de conteúdos a fim de cobrir um mínimo de formação teórica em saúde coletiva. Dessa forma, as disciplinas obrigatórias irão tratar da metodologia epidemiológica, bioestatística, elementos teóricos de saúde coletiva e métodos de investigação em saúde coletiva. Há disciplinas opcionais e, de acordo com os temas de pesquisa escolhidos e a necessidade de aprimoramento em determinados tópicos, incentivam-se cursos em outras unidades e departamentos da universidade ou mesmo em outras instituições.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme a proposta inicial, não se pretendia com esta apresentação lidar com todos os aspectos referentes à pós-graduação, mas sim focalizar os mais gerais. Dessas questões, deu-se destaque a especialização com a conseqüente tendência à formação de áreas de concentração. Por outro lado, a demanda atual de caráter multiprofissional conduz necessariamente à criação de um núcleo comum para os cursos onde já existem tradicionalmente áreas de concentração e, nos cursos onde não existem essas áreas, o fortalecimento de disciplinas básicas de caráter geral. Nesse sentido, a existência de disciplinas sobre metodologia científica e filosofia da ciência são de fundamental importância, não se esquecendo que a presença das ciências humanas são balisadoras para o campo da saúde coletiva. Birman (20), na apresentação de *Physis — Revista de Saúde Coletiva*, enfatizava que “a constituição do discurso teórico da saúde coletiva, com a introdução das ciências humanas no campo da saúde, reestrutura as coordenadas desse campo, destacando as dimensões simbólica, ética e política, de forma a revitalizar o discurso biológico”. A mesma proposta aparece,

também, no Editorial da Revista *Saúde e Sociedade*, ao destacar o caráter multidisciplinar da saúde coletiva e a necessidade de abrir “maior espaço para as áreas das ciências humanas cuja contribuição ao campo da saúde coletiva apresenta-se como primordial”.

Ainda como lembra Birman, “o campo teórico da saúde coletiva representa uma ruptura com o campo da saúde pública, ao negar que os discursos biológicos detenham o monopólio do campo da saúde”. Daí ser fundamental, como é por ele apontado, que ao criticar a saúde pública, a saúde coletiva promova “uma leitura diferenciada das relações estabelecidas entre natureza e sociedade por outros saberes, já que, quando isolado, o discurso naturalista encontra limites para realizar este trabalho”. Tornasse-ia repetitivo insistir que, por ser uma área profundamente marcada pela diversidade e historicidade dos objetos com que trabalha, a saúde coletiva estará continuamente enfrentando a dificuldade de delimitar, de forma clara e acabada, o seu âmbito de prática e saberes. Veja-se, por exemplo, como analisa Gonçalves (21), entre outras ocorrências na década de 1980, o fato de terem surgido outros recortes da realidade que não tomam a doença como parâmetro. Entre esses campos encontram-se: a saúde da mulher, a saúde do trabalhador, a saúde do deficiente, a saúde mental e o mais recente, a saúde ambiental. Para o autor, estariam presentes na constituição dessas reflexões e práticas a participação ativa, a atitude crítica, a interação militante e a multidimensionalidade de enfoques.

Possivelmente, as características dos cursos de pós-graduação que foram destacadas neste trabalho impedem, até certo ponto, que seja oferecido um modelo único para a sua organização. Assim, quando se assume a necessidade de diversificação interna, isso talvez concorra para maior efetividade de especialização dessa área, a qual, a partir de uma perspectiva geral, possa estabelecer, para usar a expressão de Foucault (22), os seus “discursos parcelares”. Ao delimitar e analisar as “formações discursivas” inerentes a cada campo, poder-se-ia, nesse grupo de enunciados, “demarcar e definir um referencial, um tipo de desvio enunciativo, uma rede teórica, um campo de possibilidades estratégicas”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Trabalhos: II Encontro Nacional de Mestrados e Doutorados da Área de Saúde Coletiva — Relatório Final, Em: *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*. ABRASCO, Rio de Janeiro. 1983, 2:137-143.
Curso: Ensino da Saúde Pública — Relatório Final. Em: *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Bra-*
- sil*. ABRASCO, Rio de Janeiro. 1982, 77-92.
Reunião de Avaliação do Programa de Saúde Coletiva Fundo de Financiamento de Estudos de Projetos e Programas/ Conselho Nacional de Pesquisas (FINEP/CNPq) — Relatório Final. Em: *Estudos de Saúde Coletiva*. ABRASCO, Rio de Janeiro. 1986, 4:69-89.

- Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Reforma Sanitária — Relatório do Grupo de Mestrados e Doutourados. Em: *Estudos de Saúde Coletiva*. ABRASCO, Rio de Janeiro. 1988, 5:125–126.
- Grupo de Trabalho sobre Evaluación de los Posgrados en Medicina Social — Relatoria General. Em: *Educación Médica y Salud*. 1992;26(1):151–171.
- 2 Sobre a origem da medicina social europeia ver: Rosen, G. A evolução da medicina social. Em: Nunes ED. (org.) *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo, Global, 1983, pp. 25–82. Sobre a medicina social latino-americana, ver Nunes ED. Trayectoria de la medicina social en América Latina. Em: Franco S. et al (org.) *Debates en Medicina Social*. Washington, DC: OPAS/ALAMES. 1991.
- 3 Para uma análise detalhada sobre medicina preventiva, ver: Arouca ASS. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Campinas; 1975. (Tese de doutorado, FCM/UNICAMP).
- 4 ABRASCO. Documento preliminar de princípios básicos. Em: ABRASCO. *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro. 1982: 100–117.
- 5 Costa N do R. Política e projeto acadêmico: notas sobre a gênese do campo da saúde coletiva. *Cadernos de História e Saúde* (Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ). 2:125–136.
- 6 Paim JSA. Saúde coletiva e os desafios da prática. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde. (Documento mimeografado).
- 7 Cordeiro H e Magaldi C. Estado atual do ensino e da pesquisa em saúde coletiva no Brasil. Em: ABRASCO. *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro. 1983;2:38–59.
- 8 Cohn A e Nunes ED. A pós-graduação em saúde coletiva (mestrado e doutorado). Em: ABRASCO. *Estudo de saúde coletiva*, Rio de Janeiro. 1988; 5:14–26.
- 9 ABRASCO. *Catálogo de pós-graduação em saúde coletiva*. Rio de Janeiro; 1991.
- 10 Donnângelo MCF. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil. Em: ABRASCO. *Ensino de saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro. 1983;2:18–35.
- 11 Paim JS. Desenvolvimento teórico-conceitual do ensino em saúde coletiva. Em: *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro. 1982: 4–19.
- 12 Fleury SM. As ciências sociais em saúde no Brasil. Em Nunes ED. (org.) *As ciências em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília; Organização Pan-Americana da Saúde. 1985:87–109.
- 13 Pereira JCM. *A explicação sociológica na medicina social*. Ribeirão Preto; 1983. (Tese de livre-docência, FM/USP/RP).
- 14 Oliveira JA. Considerações sobre o seminário “Salud y Políticas Sociales en América Latina”. Em: Teixeira SF. (org.) *Estado y políticas sociales en América Latina*. México; UAM 1992:357–375.
- 15 Grupo de Trabajo sobre Evaluación de los Posgrados em Medicina Social Relatoria General. Em: *Educ Med Salud*. 1992;26(1):151–171.
- 16 Minayo MC de S. Oficina de avaliação de pós-graduação *stricto sensu* em saúde coletiva, Porto Alegre, 16 a 17 de maio de 1992. Relatório. (Documento mimeografado).
- 17 Minayo MC de S. Notas para reflexão sobre a pós-graduação *stricto sensu* na Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro; 1992. (Documento mimeografado).
- 18 Oliveira JA. Consolidação das respostas ao questionário enviado pela CPG. ENPS. (Documento mimeografado).
- 19 Rocha JSY, Nogueira JL, Pereira JC de M, Simões BJG. Pesquisa aplicada a serviços de saúde: experiência do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. Ribeirão Preto; 1978. (Documento mimeografado).

- 20 Birman JA. A Physis da saúde coletiva. *Physis - Rev Saude Coletiva*. 1991;1(1):7-11.
- 21 Gonçalves RBM. A saúde no Brasil: algumas características do processo histórico nos anos 80. *Sao Paulo em Perspectiva*. 1991;5(1):99-106.
- 22 Foucault MA. *A arqueologia do saber*. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. Petrópolis, Vozes; Lisboa, Centro do Livro Brasileiro; 1972.

EVOLUCIÓN Y TENDENCIAS DE LA MATRÍCULA MÉDICA EN LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

R. H. Rodríguez,¹ G. Argento,² A. Carbonetti³ y M. Oliber⁴

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo consiste en describir y caracterizar la evolución y tendencias de la matrícula médica en la provincia de Córdoba. Para ello se analizaron datos recogidos de fuentes originales según variables geográficas, de sexo, edad, tipo de actividad y especialización.

La bibliografía registra diversos estudios de naturaleza cuantitativa, tendientes a analizar la evolución y desarrollo del grupo profesional médico⁵ en los países de nuestra región. Sin embargo, es reconocida la dificultad del registro y actualización de datos sobre el particular. Recientes trabajos muestran diferencias entre el número de médicos de la provincia de Córdoba y el verificado por nosotros.⁶ Independientemente de este aspecto, es importante efectuar el análisis evolutivo de la incorporación y las bajas del padrón profesional, y particularmente analizar sus tendencias para posteriormente relacionarlas con los modelos sanitarios vigentes, las necesidades asistenciales de la población y el propio mercado de trabajo.

¹ Centro de Estudios Estratégicos en Recursos Humanos para la Salud (CERSA). Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba.

² Centro de Estudios Estratégicos en Recursos Humanos para la Salud (CERSA). Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba.

³ Centro de Estudios Estratégicos en Recursos Humanos para la Salud (CERSA). Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba.

⁴ Centro de Estudios Estratégicos en Recursos Humanos para la Salud (CERSA). Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba.

⁵ Passos Nogueira R, Brito P. Recursos Humanos en Salud de las Américas en Educación Médica y Salud, Vol. 20, No. 3, 1986. Borges, C. "Desarrollo de Recursos Humanos en Salud en la Región de las Américas". (mimeo) 20 pág. 1989.

⁶ Abrahamson M, en edición Recursos Humanos en Salud del Mercosur: El caso argentino, 1993.

La provincia de Córdoba se encuentra situada en el centro de la República Argentina. Se divide política y administrativamente en 26 departamentos que presentan fuertes desequilibrios en sus indicadores de desarrollo.

Según el Censo Nacional de Población de 1991, la provincia de Córdoba cuenta con 2.764.176 habitantes (el 8,5% de la población argentina), siendo uno de los cuatro distritos más importantes del país. Su tasa de crecimiento intercensal durante 1980 a 1991 fue de 14,8%. Es una provincia eminentemente urbana: 85% de su población está asentada en ciudades.

Por su participación en el producto interno bruto (PIB) la provincia de Córdoba se ubica como el tercer distrito (7% del total). Caracterizada por una diversidad de actividades y un fuerte desarrollo industrial, principalmente de la rama metalmeccánica, posee ventajas comparativas sobre la mayoría de las otras provincias que son, fundamentalmente, monoproductoras.

Pese al alto grado relativo de industrialización, la economía provincial presenta una fuerte tendencia a la terciarización (característica que comparte con el resto del país). El 55% del PIB está concentrado en el sector terciario. El sector secundario ocupa el 20% del PIB y el sector primario el 25%. Para el año 1993 la población desempleada era del 6,8% y la subempleada del 8,6%. El salario promedio es de aproximadamente 600 pesos (equivalente a US\$ 600).

En la actualidad la provincia de Córdoba está dividida en tres partes bien diferenciadas: el departamento capital, fuertemente industrializado y con un desarrollo demográfico importante (42,7% de la población); el norte y el oeste, en pleno proceso de despoblamiento y con síntomas claros de deterioro económico, y el sur y el este, plenamente incorporados a la producción agropecuaria para la exportación.

METODOLOGÍA

Para el análisis estadístico sobre los médicos matriculados se utilizaron datos del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba;⁷ de las

⁷ Para regular el ejercicio profesional de la medicina fue creado en el año 1967, mediante una ley provincial, el Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba (CMPC), entidad autónoma con las siguientes atribuciones principales: otorgar las matrículas habilitantes para el ejercicio profesional, certificar a los médicos especialistas y vigilar el cumplimiento de las normas éticas; tareas estas antes realizadas por el Ministerio de Salud de la Provincia y el antiguo Consejo de Higiene. Desde 1992 funciona dentro del CMPC el Centro de Estudios Estratégicos de Recursos Humanos para la Salud (CERSA), que desarrolla tareas de investigación sobre la problemática de salud con énfasis en el área de recursos humanos.

Facultades de Ciencias Médicas de las Universidades Nacional y Católica de Córdoba para los médicos egresados, y de los Censos Nacionales de Población y Vivienda de los años 1980 y 1991, para la población en general.

Se optó por trabajar con la categoría *matriculados activos* en lugar de médicos. Esto se debe a que la institución no incorpora bajas de padrón hasta luego de dos años de no registrarse actividad (pago de cuotas, recepción de documentación, cambio de domicilios, etc.) por parte de los profesionales médicos de la provincia. El esfuerzo para ajustar el número de profesionales puede verse más adelante. Sin embargo, a efectos del procesamiento de información, se ha trabajado con los registros reales.

Los cuadros y las figuras fueron realizados utilizando la base de datos CERSA y el procesamiento de la información se efectuó con el programa Excel 4.0.

Dada la ausencia de información discriminada por año, se ha considerado el período comprendido entre 1964 y 1976 como consolidado y el comprendido entre 1976 y 1992 como período de estudio. No obstante, en algunos casos los períodos utilizados son distintos al anterior de acuerdo con la disponibilidad de información de las diferentes variables.

La división de la provincia en departamento capital e interior para su correspondiente análisis, se debe a la necesidad de contrastar los comportamientos que se evidencian en ambos lugares. Esta decisión obedece a la diferente dinámica del comportamiento de variables tales como concentración de población, mercado de trabajo, oferta formadora, disponibilidad de servicios y de tecnología, etc.

La presente investigación no pretende profundizar el análisis cualitativo de la información recogida. Consiste en una primera aproximación que posibilite abrir nuevas líneas de trabajo en este campo.

RESULTADOS

La provincia de Córdoba cuenta con dos facultades de medicina dependientes de las Universidades Nacional y Católica. Es un importante centro de formación médica profesional y de atracción de estudiantes locales, de otras provincias y del extranjero.

Solamente en el período de 1988 a 1992⁸ egresaron de estos dos centros de formación 3.591 nuevos profesionales, de los cuales 2.066 eran naturales de Córdoba, 1.377 de otras provincias y 148 del extranjero. La Universidad Nacional de Córdoba (UNC) continúa siendo el principal centro formador de este tipo de recursos habida cuenta de que mantiene los principios de gratuidad e ingreso irrestricto. En el período bajo análisis se

⁸ Se eligió este período por contar con información apropiada.

manifiesta un crecimiento constante del número de egresados por año (Cuadro 1). La provincia de Córdoba mantiene (aunque de forma decreciente) la mayor participación en relación con las otras provincias y el extranjero (Figura 1).

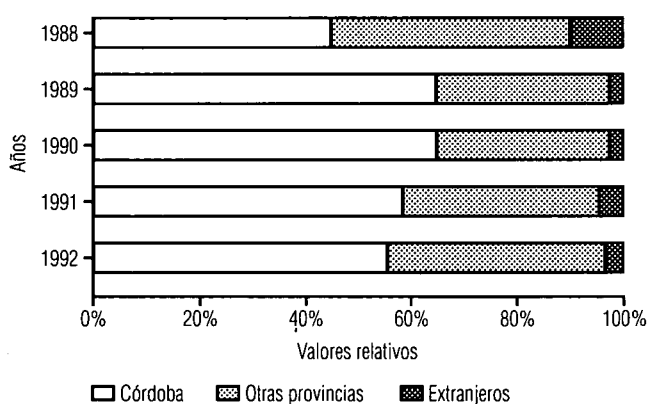
Se ha considerado interesante relacionar el número de matriculados en la provincia de Córdoba (habilitados para ejercer la medicina dentro del territorio provincial) con el número de egresados por año (Cuadro 1). De la lectura de estos datos se destaca un porcentaje decreciente en los matriculados en la provincia de Córdoba respecto del total de egresados, a pesar de que la provincia se considera como el mercado de trabajo más atractivo.

CUADRO 1. Relación de médicos egresados en la provincia de Córdoba versus los médicos matriculados en el Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba.

	Egresados universitarios	Matriculados	No matriculados	Porcentaje de matriculados/egresados
1988	495	368	127	74,34
1989	607	397	210	65,40
1990	751	461	290	61,38
1991	819	541	278	66,06
1992	919	562	357	61,15
Total	3.591	2.329	1.262	64,86

Fuente: CERSA datos de elaboración propia.

FIGURA 1. Relación de egresados de las universidades de Córdoba según lugar de procedencia.



Fuente: CERSA, datos de elaboración propia.

En 1882 se verificó el primer egreso médico de la UNC. Desde 1964 habían solicitado matrícula para el ejercicio profesional en el Consejo de Médicos de la provincia de Córdoba 21.324 médicos.⁹ A finales de 1992 se encontraban activas 14.634 matrículas profesionales¹⁰ de las cuales, aproximadamente 68% correspondían al sexo masculino y 32% al femenino.

Para un total registrado de 14.634 matrículas activas, la correspondencia expresada en número de médicos (personas) en actividad sería de aproximadamente 12.700 profesionales. Esta cifra surge de deducir la tasa de mortalidad sectorial aplicada al grupo (4,45 por mil, por dos años), la tasa de migración (estimada en 3,5%, por dos años) y la baja del 50% anual por dos años de los mayores de 65 años de edad, debido al retiro del ejercicio profesional (ver Metodología).

La evolución de las matrículas a partir del consolidado anterior al año 1976, permite apreciar que la tasa de crecimiento anual promedio para los últimos 17 años ha sido de 7,99%, que se traduce en un promedio de 496 profesionales que ingresan por año al mercado de trabajo provincial. De persistir iguales condiciones, la matrícula profesional se duplicaría cada 13 años aproximadamente. Se puede apreciar también el persistente crecimiento de la matrícula femenina (la variable sexo será analizada posteriormente con más detalle).

Para relacionar el total de matriculados activos con la población provincial, se tomaron datos de los Censos Nacionales de Población de los años 1980 y 1991.¹¹ Para los años citados se observa un aumento importante de la relación médicos cada 10.000 habitantes, que es más significativa en el departamento capital que en el resto de la provincia (Figura 2). Los datos más destacados en este sentido son: un proceso de concentración en la ciudad capital, que se manifiesta en ambas variables —población y matrícula profesional— y un mayor crecimiento de la matrícula en relación con la población, de mayor intensidad en la capital que en el interior (Figura 3).

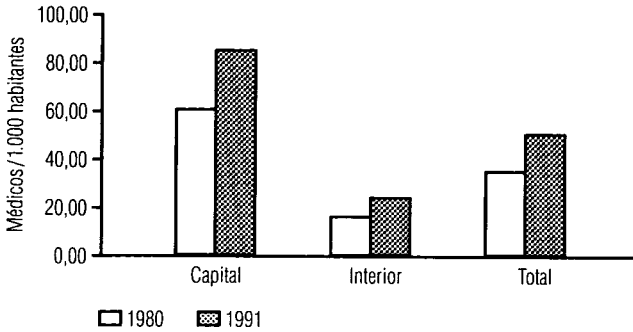
El análisis de la distribución territorial de los matriculados activos muestra el desarrollo del proceso de concentración profesional en el área capital a lo largo del período considerado y consecuentemente, la caída de la participación de la matrícula médica en el interior (Cuadro 2).

Los datos referentes a 1992 muestran las diferencias de oferta profesional entre capital e interior provincial (73,23% y 26,77%, respec-

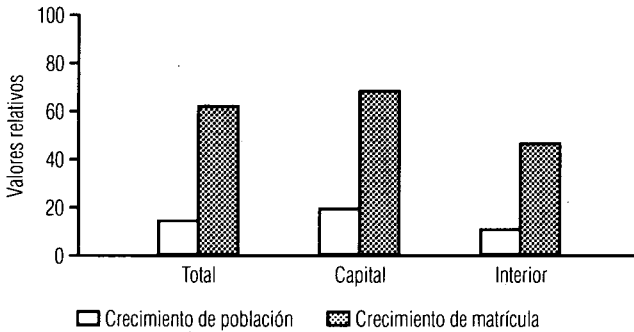
⁹ El número otorgado por la autoridad habilitante es correlativo y acumulativo a partir del primer registro.

¹⁰ Matriculados activos resulta de admitir que todo profesional inscripto que haya abonado su cuota de actualización de registro hasta el año 1990, se mantiene en actividad.

¹¹ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), Secretaría de Planificación, Presidencia de la Nación, República Argentina: Censo Nacional de Población y Vivienda, 1980 y 1991 (resultados provisionales); INDEC, Buenos Aires.

FIGURA 2. Número de médicos por cada 10.000 habitantes en Córdoba, capital e interior 1980–1991.

Fuente: CERSA, datos de elaboración propia.

FIGURA 3. Crecimiento relativo de la población versus la matrícula médica, 1980–1991.

Fuente: CERSA, datos de elaboración propia.

tivamente). En realidad, si bien la tasa de crecimiento profesional ha sido mayor que la correspondiente a la población, tanto en capital como en interior, en este último caso el crecimiento de la relación médico-habitante es menor que el correspondiente al departamento capital, como demostráramos anteriormente.

El Cuadro 3 muestra la distribución porcentual de la población y del total de matriculados activos por departamento y distrito provincial.¹² Es interesante observar la disminución del peso de las matrículas activas

¹² Departamento es la división política de la provincia. Distrito es la división sanitaria del Consejo de Médicos que en solo dos casos se corresponde con más de un departamento.

CUADRO 2. Número de matriculados activos en la provincia de Córdoba, 1976–1992.

Año	Total	Capital	Interior	% Capital	% Interior
Antes de 1976	6.203	4.395	1.808	70,85	29,15
1976	6.683	4.740	1.943	70,93	29,07
1977	7.109	5.035	2.074	70,83	29,17
1978	7.431	5.255	2.176	70,72	29,28
1979	7.925	5.595	2.330	70,60	29,40
1980	8.669	6.087	2.582	70,22	29,78
1981	9.248	6.517	2.731	70,47	29,53
1982	9.903	6.965	2.938	70,33	29,67
1983	10.511	7.438	3.073	70,76	29,24
1984	11.056	7.841	3.215	70,92	29,08
1985	11.503	8.196	3.307	71,25	28,75
1986	11.967	8.567	3.400	71,59	28,41
1987	12.319	8.841	3.478	71,77	28,23
1988	12.666	9.112	3.554	71,94	28,06
1989	13.069	9.435	3.634	72,19	27,81
1990	13.537	9.822	3.715	72,56	27,44
1991	14.062	10.247	3.815	72,87	27,13
1992	14.634	10.716	3.918	73,23	26,77

Fuente: CERSA datos de elaboración propia.

CUADRO 3. Distribución porcentual de la población y de la matrícula por departamento, 1980–1991.

Departamentos	1980		1991	
	Habitantes	Matriculados	Habitantes	Matriculados
Capital	41,24	70,22	42,66	72,87
Calamuchita	1,62	0,67	1,39	0,66
Colón	3,69	2,45	4,54	2,33
Cruz del Eje	1,95	0,70	1,75	0,62
Gral. Roca	1,24	0,40	1,19	0,34
Juárez Celman	1,89	0,66	1,86	0,54
Marcos Juárez	3,92	1,74	3,54	1,71
Punilla	4,13	2,93	4,38	2,89
Río Cuarto	7,93	4,49	7,88	4,17
Río Primero	1,44	0,29	1,33	0,23
Río Segundo	3,12	1,11	3,05	1,10
Santa María	2,53	1,25	2,51	1,22
General San Martín	3,89	2,40	3,81	2,14
R. Saenz Peña	1,35	0,58	1,25	0,49
San Justo	6,65	3,98	6,39	3,33
Tercero Arriba	3,84	2,30	3,75	2,01
Unión	3,77	1,95	3,48	1,61
Distrito 18	1,59	0,72	1,43	0,61
Distrito 19	2,86	1,19	2,77	1,12
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: CERSA datos de elaboración propia.

en todos los departamentos, excepto el correspondiente al departamento capital.

En el mismo cuadro, al comparar para igual período el peso porcentual de la población con el de matrículas de cada departamento o distrito sanitario, se evidencia una gran concentración de la oferta médica en el departamento capital. En 1991 este departamento, agrupando el 42,66% de la población provincial, disponía del 72,87% de los matriculados activos. El resto de los departamentos, agrupando al 57,34% de la población, solo disponían del 27,13% de la oferta médica provincial.

La estructura por edades de la población considerada (Figura 4) muestra una pirámide de base estrecha y desplazamiento izquierdo en los grupos de edades entre 31 y 50 años. Sin embargo es interesante observar que en el caso de los matriculados activos del departamento capital, el proceso de feminización rápida ha provocado un equilibrio en el grupo de edad correspondiente a los menores de 40 años. Por lo tanto es de esperar una importante modificación de la estructura por edad y sexo en los próximos años (Figura 5).

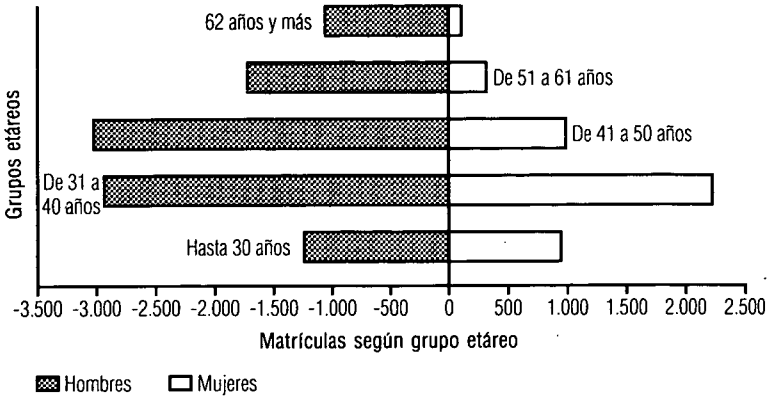
Otro dato a destacar es el predominio de jóvenes en el caso del departamento capital, donde el grupo de edad de menores de 30 años supera al de 51 a 61, mientras que para el total es aproximadamente igual y en el interior, definitivamente menor. En este último caso persiste un perfil de masculinización y un neto predominio de los grupos etáreos superiores a 31 años (Figura 6).

Considerada la estructura por edades en 1992, el tiempo de recambio generacional medio¹³ para la provincia es equivalente a 23 años. Este tiempo a su vez es mayor en el interior de la provincia (26 años) y menor en capital (22 años). Esta característica obligará a modificar las estrategias de capacitación, si se procura una transformación rápida en los modos del ejercicio profesional.

La distribución por sexo de los matriculados activos (Cuadro 4) muestra un proceso de constante feminización. Para el período considerado anterior (1976–1992) la razón de feminización (número de matrículas femeninas por cada 100 masculinas) en la provincia pasó de 21,57 a 47,29, con una tasa bruta de crecimiento para todo el período de 326%. La tasa de crecimiento anual promedio fue del 19,22% contra el 7,99% señalado para el total de la matrícula y el 5,57% de la matrícula masculina. Bajo estas mismas condiciones, el período de duplicación de la matrícula femenina sería de 6 años.

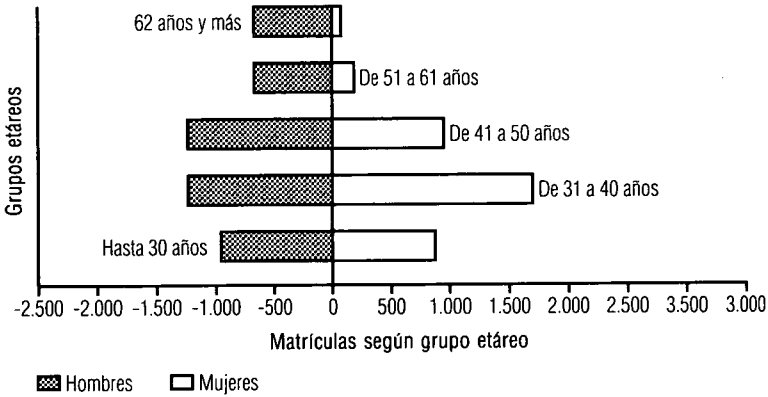
¹³ Tiempo de recambio generacional medio (TRG.m) es el tiempo expresado en años en que la cohorte hegemónica actual es reemplazada en un 50% o más por la nueva cohorte generacional.

FIGURA 4. Población médica activa en la provincia de Córdoba, 1992.



Fuente: CERSA, datos de elaboración propia.

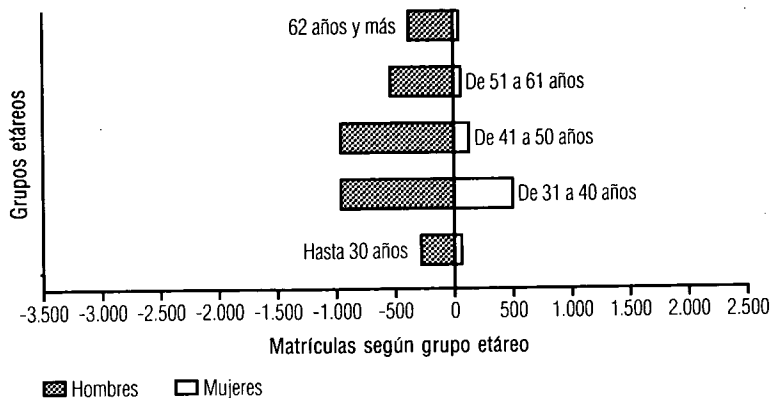
FIGURA 5. Población médica activa en la capital de la provincia de Córdoba, 1992.



Fuente: CERSA, datos de elaboración propia.

En el caso del departamento capital, la razón de feminización para el período considerado anterior (1976–1992) pasó de representar un 25% inicial a un 53% en 1992. La tasa bruta de crecimiento fue del 326% y la tasa de crecimiento anual promedio, del 19,22% (exactamente igual que para el total de mujeres, independientemente de su distribución geográfica).

Estas tasas, que se repiten también para el caso de las matrículas femeninas del interior provincial, demuestran un mismo ritmo de crecimiento en ambos casos. Sin embargo, la razón de feminización evolucionó

FIGURA 6. Población médica activa en el interior de la provincia de Córdoba, 1992.

Fuente: CERSA, datos de elaboración propia.

desde un 13% al inicio del período hasta un 31% al final del mismo. De estos datos resulta una persistencia de masculinización de la matrícula en el interior provincial versus una clara feminización en el departamento capital.

Es interesante señalar que el asentamiento geográfico de los nuevos matriculados indica una fuerte tendencia a la radicación en el departamento capital para el caso de las mujeres menores de 30 años. Para la década del 80, del total de mujeres matriculadas, el 70% permanecía en el departamento capital en el primer año de ejercicio y el 30% restante se trasladaba al interior. Para 1992 el 81% de las mujeres con matrícula de menos de un año permanecía en el departamento capital y solo un 19% se radicaba en el interior.

La matrícula otorgada por el Consejo de Médicos se divide en dos tipos: "A" y "C". La primera habilita para el ejercicio profesional amplio, es decir en cualquier ámbito, con o sin relación de dependencia. La matrícula "C" solo habilita para el ejercicio en relación de dependencia y para el ejercicio de la docencia.¹⁴

Los titulares de esta última no aportan a la caja previsional privada profesional. Esta característica, aparentemente es la dominante al momento de elegir el tipo de matrícula por parte del nuevo profesional.

¹⁴ Existe también una matrícula "I" para investigadores que registra al presente solo 10 profesionales activos (nota de autores).

CUADRO 4. Distribución de la matrícula médica por sexo y razón de feminización en la provincia de Córdoba.

Año	Provincia			Capital			Interior		
	Hombres	Mujeres	Razón feminización	Hombres	Mujeres	Razón feminización	Hombres	Mujeres	Razón feminización
Antes de 1976	5.102	1.101	21,58	3.515	880	25,04	1.587	221	13,93
1976	5.438	1.247	22,94	3.744	996	26,60	1.692	251	14,83
1977	5.725	1.384	24,17	3.937	1.098	27,89	1.788	286	16,00
1978	5.930	1.501	25,31	4.059	1.196	29,47	1.871	305	16,30
1979	6.219	1.706	27,43	4.247	1.348	31,74	1.972	358	18,15
1980	6.706	1.963	29,27	4.558	1.529	33,55	2.148	434	20,20
1981	7.045	2.239	31,78	4.770	1.747	36,62	2.275	492	21,63
1982	7.372	2.531	34,33	4.995	1.970	39,44	2.377	561	23,60
1983	7.690	2.821	36,68	5.222	2.216	42,44	2.468	605	24,51
1984	7.988	3.068	38,41	5.425	2.416	44,53	2.563	652	25,44
1985	8.236	3.267	39,67	5.614	2.582	45,99	2.622	685	26,13
1986	8.477	3.490	41,17	5.806	2.761	47,55	2.671	729	27,29
1987	8.688	3.631	41,79	5.972	2.869	48,04	2.716	762	28,06
1988	8.889	3.777	42,49	6.122	2.990	48,84	2.767	787	28,44
1989	9.143	3.926	42,94	6.316	3.119	49,38	2.827	807	28,55
1990	9.367	4.170	44,52	6.498	3.324	51,15	2.869	846	29,49
1991	9.365	4.427	45,95	6.710	3.537	52,71	2.925	890	30,43
1992	9.935	4.699	47,30	6.959	3.757	53,99	2.976	942	31,65

Fuente: CERSA datos de elaboración propia.

Para 1992 del total de matriculados activos (14.634) el 81% (11.881) correspondían al tipo "A" y el 19% (2.753) al tipo "C". La evolución de las matrículas "A" y "C" desde el consolidado anterior a 1976 hasta 1992 (Cuadro 5) muestra como dato relevante, un crecimiento sostenido del nivel de matrículas "C", que llega a superar a los que optan por la matrícula "A" en los años 1990 y 1991. Así para el consolidado anterior a 1976 aproximadamente el 7% de las matrículas eran de tipo "C"; para 1992, en cambio, representaban casi el 19%.

Los cambios en la tendencia, como veremos más adelante, pueden estar relacionados con una mayor oferta de cargos públicos y residencias médicas oficiales así como también, con la creciente dificultad para acceder al mercado privado de servicios a medida que la oferta médica crece en relación con la población total.

El comportamiento de ambos tipos de matrícula en el departamento capital y en los del interior (Cuadro 6) refleja con claridad que el proceso de crecimiento general de la matrícula "C" depende, en realidad, de lo acontecido en el departamento capital. Esto refuerza el convencimiento de que la oferta de cargos públicos y de residencias oficiales (más concentradas en el departamento capital), unido a la posibilidad de eludir aportes previsionales en los primeros años del ejercicio profesional, determinan la tendencia de los modos de inserción en el mercado laboral profesional. Si bien en el interior también se manifiesta un crecimiento de la matrícula "C" entre los años 1986 y 1991, su impacto sobre el crecimiento total es mucho más leve.

Respecto a la distribución por sexo según tipo de matrícula, se puede apreciar que la participación femenina creciente se refleja tanto en la matrícula "C" como en la de tipo "A" (Cuadro 7). Sin embargo existe una mayor preferencia de las mujeres por matrícula "C", en este período.

En el total de matrículas "A", al comienzo del período en consideración la población femenina representaba el 17,2% y en 1992 dicho porcentaje había subido al 28,6%.

Para el caso de la matrícula "C" la participación femenina era del 25,29% al comienzo del período y del 47,22% al final del mismo. Tenemos la impresión de estar en presencia de un doble fenómeno: feminización de la matrícula en general, con mayor presencia relativa de la mujer en la matrícula "C". La razón de feminización en 1992 para la matrícula "A" fue del 40,7% y para la matrícula C del 89,47%. La presencia femenina en la opción por la matrícula "C" podría contribuir a explicar la tendencia al crecimiento de este tipo de matrícula.

Para tratar de verificar los efectos que sobre la elección de matrícula "C" tiene la disponibilidad de cargos públicos ofrecidos se consideraron los datos existentes sobre crecimiento de matrículas, crecimiento de cargos públicos ofrecidos y de la población en general. Se utilizaron

CUADRO 5. Cantidad anual de matrículas "A" y "C" en la provincia de Córdoba, 1976-1992.

	Antes de 1976	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	Total
Matrícula A	5.780	369	361	262	414	636	470	471	456	441	350	364	257	205	208	207	244	386	11.881
Matrícula C	423	111	65	60	80	108	145	148	152	104	97	100	95	142	195	261	281	186	2.753
Total matrícula A	6.203	480	426	322	494	744	615	619	608	545	447	464	352	347	403	468	525	572	14.634
% matrícula A	93,18	76,88	84,74	81,37	83,81	85,48	76,42	76,09	75,00	80,92	78,30	78,45	73,01	59,08	51,61	44,23	46,48	67,48	81,19
% matrícula C	6,82	23,13	15,26	18,63	16,19	14,52	23,58	23,91	25,00	19,08	21,70	21,55	26,99	40,92	48,39	55,77	53,52	32,52	18,81

Fuente: CERSA datos de elaboración propia.

CUADRO 6. Cantidad anual de matrículas "A" y "C" en la provincia de Córdoba, 1976-1992.

Matrícula tipo A	Antes de 1976	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Capital	4.069	252	244	170	276	399	302	319	333	316	270	278	191	153	160	160	189	303
Interior	1.711	117	117	92	138	237	168	152	123	125	80	86	66	52	48	47	55	83
Total	5.780	369	361	262	414	636	470	471	456	441	350	364	257	205	208	207	244	388
% capital	70,40	68,29	67,59	64,89	66,67	62,74	64,26	67,73	73,03	71,66	77,14	76,37	74,32	74,63	76,92	77,29	77,46	78,50
% interior	29,60	31,71	32,41	35,11	33,33	37,26	35,74	32,27	26,97	28,34	22,86	23,63	25,68	25,37	23,08	22,71	22,54	21,50

Matrícula tipo C	Antes de 1976	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Capital	326	93	51	50	64	93	128	129	140	87	85	93	83	118	163	227	236	166
Interior	97	18	14	10	16	15	17	19	12	17	12	7	12	24	32	34	45	20
Total	423	111	65	60	80	108	145	148	152	104	97	100	95	142	195	261	281	186
% capital	77,07	83,78	78,46	83,33	80,00	86,11	88,28	87,16	92,11	83,65	87,63	93,00	87,37	83,10	83,59	86,97	83,99	89,25
% interior	22,93	16,22	21,54	16,67	20,00	13,89	11,72	12,84	7,89	16,35	12,37	7,00	12,63	16,90	16,41	13,03	16,01	10,75

Fuente: CERSA datos de elaboración propia.

CUADRO 7. Distribución de las matrículas "A" y "C" por sexo en la provincia de Córdoba, 1976–1992.

Matrícula tipo A	Antes de																	
	1976	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Masculina	4.786	5.050	5.307	5.487	5.745	6.170	6.450	6.709	6.970	7.222	7.424	7.625	7.780	7.904	8.045	8.147	8.279	8.482
Femenina	994	1.099	1.203	1.285	1.441	1.652	1.842	2.054	2.249	2.438	2.586	2.749	2.851	2.932	2.999	3.104	3.216	3.399
Total	5.780	6.149	6.510	6.772	7.186	7.822	8.292	8.763	9.219	9.660	10.010	10.374	10.631	10.836	11.044	11.251	11.495	11.881
% matrícula masculina	82,80	82,13	81,52	81,02	79,95	78,88	77,79	76,56	75,60	74,76	74,17	73,50	73,18	72,94	72,84	72,41	72,02	71,39
% matrícula femenina	17,20	17,87	18,48	18,98	20,05	21,12	22,21	23,44	24,40	25,24	25,83	26,50	26,82	27,06	27,16	27,59	27,98	28,61

Matrícula tipo C	Antes de																	
	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	
Masculina	316	386	418	443	474	536	595	663	720	766	812	852	908	985	1.098	1.220	1.356	1.453
Femenina	107	148	181	216	265	311	397	477	572	630	681	741	780	845	927	1.066	1.211	1.300
Total	423	534	599	659	739	847	992	1.140	1.292	1.396	1.493	1.593	1.688	1.830	2.025	2.286	2.567	2.753
% matrícula masculina	74,70	72,28	69,78	67,22	64,14	63,28	59,98	58,16	55,73	54,87	54,39	53,48	53,79	53,83	54,22	53,37	52,82	52,78
% matrícula femenina	25,30	27,72	30,22	32,78	35,86	36,72	40,02	41,84	44,27	45,13	45,61	46,52	46,21	46,17	45,78	46,63	47,18	47,22

Fuente: CERSA datos de elaboración propia.

CUADRO 8. Matrículas activas, cargos públicos ofrecidos y población, 1984-1989.

	1984	1989	Variación absoluta	Variación (%)	Relación 1984	Relación 1989
Matrículas ^a	11.056	13.069	2.013	11,8	4,35	4,84
tipo A	9.660	11.044	1.384	14		
tipo C	1.396	2.025	629	45		
Cargos ofrecidos ^b	2.776	3.438	662	12,3	25,10	26,31
Población ^c	2.537.291	2.699.092	161.801	10,6	1,09	1,27

^aMatrícula/población \times /1000.

^bCargos ofrecidos/matricula \times /100 matriculados.

^cCargos ofrecidos/población \times /1000 habitantes.

Fuente: CERSA datos de elaboración propia.

para construir el Cuadro 8 los datos obtenidos por uno de nosotros¹⁵ respecto de los cargos públicos creados y ofrecidos entre 1984 y 1989 y se les relacionó con el crecimiento de las matrículas "A" y "C" en el mismo período.

Parece existir una directa relación entre el crecimiento del número de cargos ofrecidos (662) y el número de matriculados que opta por la matrícula "C" en el mismo período (629).

En la variación absoluta, el crecimiento de los cargos totales habría permitido absorber la casi totalidad de las nuevas matrículas "C". Sin embargo, no se podría explicar el destino de los matriculados "A" que, bajo ciertas condiciones, pueden también optar por estos cargos. De todas formas parece existir cierta correlación entre la opción por la matrícula "C" y el aumento de la oferta de cargos disponibles y las mujeres parecen preferir más esta alternativa.

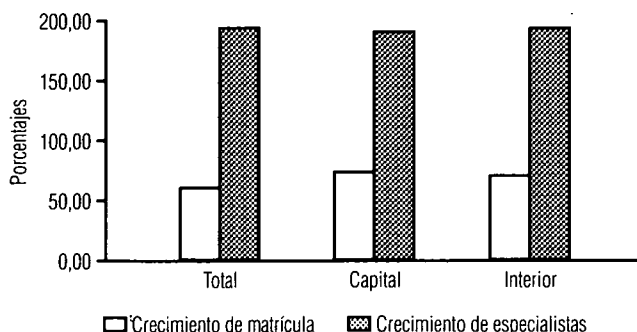
En la Figura 7 se registra el proceso de especialización acontecido entre los años 1980 y 1990 en comparación con el crecimiento de la matrícula. Siendo el Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba la entidad autorizada por ley a certificar y habilitar el ejercicio profesional especializado, los registros obrantes en la misma permiten analizar diversas características del fenómeno de especialización.

En 1980 existían 37 especialidades y subespecialidades reconocidas por el Consejo de Médicos. En 1990 el número de especialidades reconocidas ascendía a 51, con un crecimiento del 37,83%.

La matrícula especializada en relación con la matrícula general representaba el 18,65% hasta el año 1980.¹⁶ En 1990 este porcentaje había

¹⁵ Argento Gastón: La inserción laboral de los médicos en el sector público. Córdoba 1984-1989, Cuadernos de Trabajo del IIFAP No. 2; UNC, Córdoba, 1993.

¹⁶ Existe la posibilidad de que un profesional obtenga más de un certificado de especialista, por lo tanto no se corresponde número de certificados con número de profesionales. El número de profesionales que acceden a más de un certificado no es estadísticamente significativo (nota de redacción).

FIGURA 7. Crecimiento del número de matrículas y de certificados de especialistas (1980-1990).

Fuente: CERSA, datos de elaboración propia.

ascendido al 32,73%. Para un crecimiento porcentual de la matrícula general del 68,81% entre esos años, la matrícula especializada registró un crecimiento del 196,92%. Es preciso aclarar que los especialistas considerados en este estudio son aquellos formados en instituciones acreditadas y que han rendido y aprobado el examen correspondiente ante el Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba.

Al margen de ellos existen profesionales que ejercen con exclusividad, o preferentemente, una determinada especialidad. Estos son reconocidos *ad hoc* por las entidades médico-gremiales, lo que les permite facturar prácticas especializadas a la seguridad social. Considerando esta situación, el número de profesionales que ejercen una especialidad supera, según nuestras estimaciones, el 55% del padrón general.

Este crecimiento de la especialización se ha registrado tanto en los profesionales radicados en el departamento capital, como en el interior; si bien en este caso, para el período considerado, el crecimiento relativo fue mayor que el correspondiente al departamento capital.

El listado de especialidades (Cuadro 9) indica el total de especialidades reconocidas a 1990 y permite identificar aquellas que fueron incorporadas a partir de 1980. Esta tabla muestra a su vez, la distribución de matrículas especializadas por especialidad en los dos años considerados, y el crecimiento absoluto para las cinco especialidades básicas y el resto de las mismas, discriminadas por lugar de radicación del profesional.

De los datos disponibles surge que la cantidad de certificados de especialidades básicas¹⁷ en relación con la cantidad total de certificados de

¹⁷ Se consideraron especialidades básicas las correspondientes a Cirugía General, Medicina Interna, Ginecología, Obstetricia y Pediatría.

CUADRO 9. Certificados de especialidad otorgados por el Consejo de Médicos de la provincia de Córdoba. Crecimiento en el período 1980-1990.

Especialidades	Provincia		Capital			Interior		
	1980	1990	1980	1990	% 1990	1980	1990	% 1990
Cirugía general	258	456	176	302	66,23	82	154	33,77
Medicina interna	113	261	100	219	83,91	13	42	16,09
Ginecología	80	251	66	191	76,10	14	60	23,90
Pediatría	199	461	147	335	72,67	52	126	27,33
Obstetricia	71	235	50	167	71,06	21	68	28,94
Total	721	1.664	539	1.214	72,96	182	450	27,04
% de participantes en especialidades básicas	44,70	37,85	42,71	35,79		53,37	44,64	
Alergia	24	83	22	69	83,13	2	14	16,87
Anestesiología	23	95	19	71	74,74	4	28	29,47
Anatomía patológica	20	58	19	50	86,21	1	8	13,79
Cirugía cardiovascular	22	39	20	35	89,74	2	4	10,26
Cirugía pediátrica	22	33	17	25	75,76	5	8	24,24
Cirugía plástica	20	46	19	42	91,30	1	4	8,70
Cirugía traumática y ortopedia	69	165	57	128	77,58	12	37	22,42
Cirugía torácica	14	32	12	29	90,63	2	3	9,38
Dermatosifilografía	24	62	20	53	85,48	4	9	14,52
Diagrama radiológico	34	66	25	49	74,24	9	17	25,76
Dietología y nutrición	5	7	5	7	100,00	0	0	0,00
Endocrinología	15	35	15	35	100,00	0	0	0,00
Gastroenterología	36	65	27	44	67,69	9	21	32,31
Hematología y hemoterapia	11	14	10	12	85,71	1	2	14,29
Infectología	29	47	26	43	91,49	3	4	8,51
Laboratorio clínico	3	6	3	5	83,33	0	1	16,67
Medicina del trabajo	38	288	32	223	77,43	6	65	22,57
Medicina legal	9	23	6	15	65,22	3	8	34,78
Neumonología	25	48	22	37	77,08	3	11	22,92
Neurocirugía	13	25	11	21	84,00	2	4	16,00
Neurología	23	40	20	34	85,00	3	6	15,00
Oftalmología	39	152	29	113	74,34	10	39	25,66
Otorrinolaringología	63	152	35	110	72,37	18	42	27,63
Psiquiatría	46	160	38	146	91,25	8	14	8,75
Radioisótopos	8	11	7	9	81,82	1	2	18,18
Reumatología	15	32	13	27	84,38	2	5	15,63
Salud pública	42	103	35	85	82,52	7	18	17,48
Terapéutica radiológica	9	14	8	12	85,71	1	2	14,29
Urología	46	93	38	71	76,34	8	22	23,66
Cardiología	120	270	89	185	68,52	31	85	31,48
Nefrología	19	68	18	54	79,41	1	14	20,59
Cirugía de cabeza y cuello	6	15	6	15	100,00	0	0	0,00
Neonatología	0	64	0	58	90,63	0	6	9,38
Citología exfoliativa	0	62	0	54	87,10	0	8	12,90
Terapia intensiva	0	71	0	63	88,73	0	8	11,27
Hematología clínica	0	7	0	6	85,71	0	1	14,29
Cirugía cardiaca	0	3	0	3	100,00	0	0	0,00

CUADRO 9. (Continuación).

Especialidades	Provincia		Capital			Interior		
	1980	1990	1980	1990	% 1990	1980	1990	% 1990
Cirugía vascular periférica	0	11	0	7	63,64	0	4	36,36
Hemoter. e immunochem.	0	13	0	13	100,00	0	0	0,00
Microbiología clínica	0	11	0	10	90,91	0	1	9,09
Oncología clínica	0	26	0	25	96,15	0	1	3,85
Auditoría médica	0	105	0	79	75,24	0	26	24,78
Cardioangiología clínica	0	8	0	6	75,00	0	2	25,00
Flebología y linfología	0	0	0	0		0	0	
Medicina generalista	0	0	0	0		0	0	
Geriatría	0	4	0	0	0,00	0	4	100,00
Total especialidades no básicas	892	2.732	723	2.178	79,72	159	558	20,42
% otras especialidades no básicas	55,30	62,15	57,29	64,21		46,63	55,38	
Total general	1.613	4.396	1.262	3.392	77,16	341	1.008	22,93

Fuente: CERSA datos de elaboración propia.

especialista decrece del 45% en 1980 al 38% en 1990. Sin embargo, considerando la oferta de nuevas especialidades a partir de 1980, la cantidad de los matriculados en especialidades básicas por especialidad básica, se incrementó proporcionalmente más que la cantidad de especialistas no básicos por especialidad no básica, 130,7% y 126,8%, respectivamente.

Considerando las nuevas especialidades surgidas a partir de 1980 (Cuadro 9) se pueden formular algunas reflexiones:

- Existe una predisposición de los nuevos profesionales a elegir especialidades que utilizan tecnología sofisticada. De los 385 nuevos certificados de especialista otorgados a partir de 1980, 162 (el 42,07%) optaron por este tipo de especialidades. Si despejamos el caso de la Auditoría Médica (ver más adelante), el porcentaje asciende a 57,85%.

- El total de especialidades que requerían tecnología relativamente sofisticada concentraba al 21% de los certificados de especialista en 1980 y en 1990. Este dato parece indicar que el acceso a las especialidades tecnologizadas, en términos de costos y oferta de capacitación y equipamiento, autolimita el número de profesionales que reúnen los requisitos para el ejercicio de estas prácticas.

- La aparición de especialistas en Auditoría Médica obedece a una práctica ejercida, reconocida y financiada por la Seguridad Social y algunas entidades intermedias. Estos profesionales realizan, fundamentalmente, tareas de control y fiscalización del cumplimiento de las normas que regulan

el trabajo de las instituciones prestadoras con la Seguridad Social y la pertinencia de los montos facturados, según nomencladores acordados.

La sociedad que monitorea a estos profesionales obtuvo el reconocimiento de la especialidad y la consiguiente certificación en el Consejo de Médicos. Este grupo, que se incorporó masivamente, sesga la muestra para los años considerados, haciendo válida su exclusión para considerar el porcentaje de nuevos especialistas que optan por especialidades de uso intensivo de tecnología.

- En el caso de Medicina del Trabajo el importante crecimiento operado en el número de matriculados se corresponde con el desarrollo, relativamente reciente, de nueva oferta formadora (a nivel de master universitario) y con la demanda de este tipo de profesionales especializados generada por la legislación laboral vigente. Al momento de completar este trabajo no disponíamos de los datos sobre la distribución por sexo. Otros estudios sobre el particular serán publicados oportunamente.

La concentración de especialistas según lugar de residencia nos indica que se repite el mismo fenómeno que en el caso de los matriculados activos generales: más del 65% ejerce su actividad en el departamento capital.

El crecimiento de los certificados de especialista en las cinco especialidades básicas, fue mayor en el interior que en el departamento capital, salvo para el caso de obstetricia en que fue menor.

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

De acuerdo con los datos e informaciones recogidas, la provincia de Córdoba no escapa a las tendencias, reconocidas internacionalmente, del comportamiento de la fuerza de trabajo profesional médica.¹⁸ Ellas son: aumento del número de profesionales por encima de la tasa de crecimiento poblacional; creciente feminización; juvenilidad; tendencia a la especialización y concentración en áreas metropolitanas. Sin embargo, algunos aspectos de la dinámica profesional merecen ser destacados.

El crecimiento del número de profesionales en relación con el comportamiento de la tasa de crecimiento poblacional implica, al menos, analizar algunas características de ambas variables para el período en consideración.

¹⁸ Pasos Nogueira R. y Brito P. Recursos Humanos en Salud de las Américas. *Educación Médica y Salud*. 1986;20(3).

En lo que respecta a la población, la provincia de Córdoba acompañó el descenso de las tasas de natalidad, típico de los países de la Región, producto tanto de políticas de planificación familiar como de la evolución de la situación socioeconómica en los últimos dos decenios.

Este fenómeno puede haber sido compensado, en el caso de Córdoba, por los movimientos migratorios nacionales, dado que esta provincia es polo de atracción para los habitantes del noroeste argentino y, en algunos casos, para jóvenes con baja calificación laboral provenientes fundamentalmente de Bolivia y Paraguay.

En relación con el número de egresados de las escuelas de medicina, además de la existencia de dos opciones formadoras en la provincia, debe añadirse la repercusión de las políticas de gratuidad e ingreso irrestricto, que fueron retomadas a partir del proceso de democratización ocurrido en 1983.

Si para 1986, año de egreso de cohorte 79 (la más reducida del gobierno militar), el número total de egresados fue de 536, para 1992, año de egreso del primer cupo importante de estudiantes admitidos sin restricción, ese número ascendió a 858, representando un crecimiento del 60%.¹⁹ Es decir, una disminución relativa del ritmo de crecimiento poblacional, sumado a un aumento de los egresos y matrículas médicas en la provincia, configuran un fenómeno de expansión de la oferta profesional. Este fenómeno podría haber sido de mayor magnitud en caso de no mediar un número creciente de egresados que eligen matricularse fuera de la provincia de Córdoba.

La distribución de esta oferta muestra una creciente preferencia de los nuevos profesionales por radicarse en el departamento capital (particularmente en el área metropolitana). Este hecho parece estar ligado a la oferta de formación de posgrado (residencias médicas, etc.), de puestos públicos y privados remunerados y de mejores condiciones para el ejercicio profesional. Asimismo podría estar también ligado a las posibilidades laborales del cónyuge no médico en los matrimonios jóvenes.

Otro fenómeno de importancia a los efectos de la definición de políticas en el campo de los recursos humanos, es el comportamiento de la matrícula profesional médica en relación con la variable edad.

Los datos recogidos indican un número predominante de profesionales jóvenes en el departamento capital. En este espacio geográfico los profesionales del grupo etáreo de menos de 31 años supera al de 51 a 61 años; mientras que para el total provincial estos grupos son, aproximadamente, de igual dimensión. En el interior provincial, en cambio, el grupo etáreo de 51 a 61 años es el predominante.

¹⁹ Estudios realizados por la Universidad Nacional de Córdoba indican una media de duración de estudios de 8 años.

Es de destacar también el hecho de que en el interior, aún el grupo mayor de 62 años (predominantemente masculino) es superior al de menores de 31 años.

Esta divergencia en la concentración territorial según grupos de edad aparece vinculada por un lado, al proceso de feminización y por otro, a la oferta de capacitación de posgrado y a las particularidades del mercado de trabajo. Los matriculados del sexo femenino deciden mayoritariamente permanecer en el departamento capital y la oferta de capacitación de posgrado se concentra, a su vez, en el área metropolitana al igual que las posibilidades de acceso rápido al mercado laboral.

El interior reclama profesionales mejor formados y preferentemente especializados, al menos en el sector de las denominadas especialidades básicas. El tiempo de recambio generacional medio nos indica un proceso de transición para la provincia en su conjunto, de 23 años. Para el departamento capital ese período es de 22 años y para el interior de 26 años.

Indudablemente este aspecto adquiere importancia en términos de planificación y definición de políticas por el impacto de las cohortes generacionales en el modelo de práctica profesional y su influencia en los procesos de formación y capacitación. Se requerirá un análisis más detallado de esta información tendiente a dimensionar su impacto y a mejorar el proceso de toma de decisiones.

La distribución por sexo de los matriculados activos muestra un proceso de creciente feminización. Este es un fenómeno predominante en el departamento capital pero alcanza, si bien con menor intensidad, a todo el territorio provincial.

La razón de feminización para el período considerado pasó del 21,58% a 47,30%, con un crecimiento anual promedio de la matrícula femenina del 19,22% contra el 7,99% registrado para el total y el 5,57% de la masculina. Bajo estas condiciones el período de duplicación de la matrícula femenina sería de 6 años.

La mujer influye decididamente en la composición demográfica de la matrícula del departamento capital y, como veremos más adelante, en el crecimiento de la matrícula que identifica el trabajo profesional en relación de dependencia. Incide también en el aumento de profesionales jóvenes que se da en el departamento capital, dado que para el período en consideración, entre el 70% y el 80% de las mujeres recién egresadas eran jóvenes. Esta última circunstancia se expresa inversamente en el interior provincial, donde la mayor matrícula corresponde al sexo masculino.

Dos patrones caracterizan entonces a la matrícula médica: un departamento capital joven y en rápido proceso de feminización y un interior provincial, más envejecido y con predominio de la matrícula masculina. Esta característica general repercute en el modelo de práctica, en

los costos inducidos por el recurso humano y en la oferta de capacitación. Será interesante en futuros estudios analizar estas características con mayor profundidad.

Considerando el tipo de matrícula otorgada, el fenómeno interesante radica en el comportamiento de la matrícula "C" que identifica el trabajo en relación de dependencia y la actividad docente. Aun cuando solo se registra en ella el 19% de la población profesional, este tipo de matrícula presenta una tendencia de crecimiento continuo fuertemente influida por el departamento capital. Esto se ve reforzado por la opción de la mujer joven a esta matrícula.

La oferta de cargos públicos y residencias para capacitación, unido a la posibilidad de eludir aportes previsionales en los primeros años de ejercicio, condiciona el comportamiento de la matrícula "C" y expresa la tendencia de los modos de inserción en el mercado laboral profesional.

El último fenómeno considerado es el de la especialización. No solo porque en el período en estudio ha habido un aumento del número de especialidades reconocidas sino, también, por el crecimiento continuo del número de profesionales que optan por especializarse, como modo prevalente de su ejercicio profesional.

Si para el período 1980-1991 la matrícula general creció un 68,81%, la matrícula especializada registró un crecimiento del 196,92%. Vale la pena recordar que hemos considerado en este estudio solo los certificados de especialistas habilitados formalmente para promocionarse y ejercer como tales.

El crecimiento de la especialización se da en todo el territorio provincial, pero el crecimiento relativo, para el período considerado, fue mayor en el interior. Esto solo reflejaría una recuperación del atraso relativo en la disponibilidad de especialistas en el interior provincial.

Pareciera existir entonces una predisposición a la especialización precoz en la áreas que incluyen tecnología avanzada, cuyos límites están expresados por el costo de acceso a esta tecnología y por la disponibilidad de cupos de capacitación.

La dinámica de la fuerza de trabajo médica en nuestra provincia indica un alto crecimiento de la matrícula; una fuerte feminización; una especialización creciente y precoz y una mayor opción por ejercer en el departamento capital.

Fenómenos emergentes parecen ser: el trabajo en relación de dependencia, la microespecialización y la elección de tecnologías complejas para sustentar el ejercicio profesional.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Abrahamson M. Recursos humanos de salud del Mercosur, el caso argentino. Edición de 1993.
- 2 Argentina. Descripción de la situación de salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social/OPS; 1985.
- 3 Argento G. La inserción laboral de los médicos en el sector público. Córdoba 1984-1989. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba; 1993. (Cuadernos de Trabajo del IIFAP No. 2).
- 4 Belmartino S, Bloch C et al. Mercado de trabajo y médicos de reciente graduación. Buenos Aires: OPS; 1990:65.
- 5 Bloch C, Belmartino S et al. Condiciones del proceso de crecimiento y distribución de la población médica en la provincia de Santa Fe. *Cuadernos Médicos Sociales* 1988;43:3.
- 6 Bianco M, Sonis A. Recursos humanos en salud en la Argentina. *Educ Med y Salud* 1986;20(1):23-24.
- 7 Borges C. Desarrollo de recursos humanos en salud en la Región de las Américas. 1989:20. (Documento mimeografiado).
- 8 Castro Miranda O. Recursos humanos en salud de Cuba. *Educ Med y Salud* 1986;20(3):375.
- 9 Galán Morera R, Gross C. Recursos humanos en salud de Colombia. *Educ Med y Salud* 1986;20(3):365.
- 10 Lip C, Lazo O, Brito P. El trabajo médico en el Perú. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. 1990:208.
- 11 Machado ME, Leite IB. La médica y el mercado de trabajo. *Cuadernos Médicos Sociales* 1986;35:25.
- 12 Medici AC. Estructura e dinámica de fuerza de trabalho no Brasil. Recursos Humanos en Saúde. 1987:13. (Textos de apoio).
- 13 Passos Nogueira R, Brito P. Recursos Humanos en Salud de las Américas. *Educ Med y Salud* 1986;20(3).
- 14 Passos Nogueira R. Tendencias y perspectivas de la investigación sobre personal de salud en las Américas. *Educ Med y Salud* 1985;19(1):25-47.
- 15 Vidal C. Planificación y programación de recursos humanos en salud. *Educ Med y Salud* 1984;18(1).
- 16 Vidal C. El desarrollo de recursos humanos y el plan de acción. *Educ Med y Salud* 1984;18(2).

RESEÑAS

CAPACITACIÓN DE MÉDICOS EN EPIDEMIOLOGÍA. UNA EXPERIENCIA EN LOS SERVICIOS

América Mazariegos de Fernández,¹ Joaquín Salcedo,² Miguel Machuca³ y Otto Zeissig⁴

INTRODUCCIÓN

A principios de 1990, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala identificó a través de la División de Vigilancia y Control de Enfermedades deficiencias en la práctica de la epidemiología a nivel operativo, con la consecuente inadecuada utilización de información epidemiológica para la toma de decisiones.⁵ La evaluación de la eficiencia de los servicios de salud materno-infantil que el Ministerio de Salud Pública llevó a cabo en 1985, con el apoyo del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP), OPS/OMS y UNICEF, apoyaban lo anterior. Este estudio mostró que los sistemas de información alcanzaban únicamente 53% de lo deseable en centros de salud y 37% en puestos, y la planificación solo 64 y 46% respectivamente, manifestándose la poca información disponible y el escaso análisis de la misma para la toma de decisiones. El mismo estudio reveló que el personal había recibido escasa capacitación (67 y 48%), y en las actividades de esa índole efectuadas no se habían incluido contenidos relacionados con la epidemiología (1).

¹ División de Nutrición y Salud. Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP).

² Consultor de Epidemiología para la subregión centroamericana. Organización Panamericana de la Salud (OPS).

³ Consultor Nacional de Epidemiología en Guatemala. Organización Panamericana de la Salud (OPS).

⁴ Jefe de la División de Vigilancia y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala.

Consecuentemente, el Ministerio de Salud presentó a la OPS, por intermedio de la División de Vigilancia y Control de Enfermedades una solicitud de apoyo técnico y financiero para la capacitación de médicos epidemiólogos, originalmente para las ocho regiones de salud en que se divide el país, congruente con el proceso de regionalización y descentralización, (posteriormente se decidió capacitar a médicos de las 24 áreas de salud). Se analizaron los resultados de la evaluación de un curso desarrollado en Haití por la OPS/OMS (2), tomándose la decisión de responder a la solicitud partiendo de la experiencia mencionada. El marco institucional sería proporcionado por el INCAP.

Con la convicción de la necesidad de una transformación de la práctica en los servicios, se pensó que la capacitación en epidemiología de aquellos profesionales que posteriormente jugarán un papel de liderazgo a nivel operativo, podría constituir el eje alrededor del cual se mejoraría no solo la actitud y capacidad del resto del personal en relación con esta disciplina, sino también con otros aspectos determinantes, como la planificación y la programación local.

Este artículo describe el proceso participativo de planificación y ejecución de un curso de 10 meses de duración, en el que se capacitaron 28 médicos: 24 de igual número de áreas de salud del país, dos del nivel central del Ministerio de Salud Pública, un docente de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala y una persona de Belice y proporciona también información adicional para adecuar la capacitación en epidemiología al desempeño real en los servicios.

MARCO REFERENCIAL Y METODOLÓGICO

En este momento de profundas transformaciones sociales, el papel determinante de la epidemiología para la conducción del proceso salud-enfermedad y por lo tanto, de los servicios de salud, es mejor comprendido. De una concepción restringida a la descripción de datos estadísticos y al estudio de epidemias, se pasa a un reconocimiento y valorización de su importancia en la explicación de los fenómenos para facilitar la toma de decisiones, a nivel de políticas, planes, programas y normas de intervención (3).

Asimismo, existe actualmente en América Latina preocupación creciente por la formación y capacitación de recursos humanos acordes con la realidad y encaminada a responder a los retos que la vida diaria plantea. La formación profesional en epidemiología ha sido deficiente en algún grado en la Región de las Américas, tanto a nivel de pre como de posgrado, porque entre otros factores la débil integración docente-asistencial y el poco desarrollo de la capacitación en servicio no ha alcanzado plenamente la

coherencia con la realidad de la sociedad cuyas necesidades de salud-enfermedad deben satisfacerse (4, 5).

Guatemala, país centroamericano de nueve millones de habitantes, en el que prevalece el mosaico epidemiológico de problemas infecciosos y nutricionales ligados a la pobreza e inadecuado saneamiento ambiental, a la par del surgimiento de problemas cardiovasculares, cáncer y otras enfermedades degenerativas, así como deterioro social manifestado por drogadicción, violencia y promiscuidad, no escapa de esa realidad. A pesar de que la universidad estatal que ha producido la gran mayoría de los médicos del país posee desde principios de la década de los setenta un diseño curricular organizado en unidades integradoras a partir de los principales problemas de salud de la población, la realidad de la enseñanza práctica no ha sido modificada en la misma dirección e intensidad, reconociéndose la debilidad de la enseñanza de la epidemiología (6). Por otro lado, los servicios no ofrecen a los programas de formación de recursos en salud los escenarios adecuados para su capacitación, desestimulando su proyección social en su desempeño posterior.

El diagnóstico de formación y capacitación de recursos humanos en salud materno-infantil apoyado por INCAP y PASCAP en Centroamérica en 1986-1987 (7) puntualizó la necesidad de fortalecer la capacitación en epidemiología, tanto de los profesionales que prestaban servicios, como de los docentes de universidades. Ambos sectores (académico y asistencial) manifestaron deficiente capacidad para efectuar investigación ajustada a los servicios y poca utilización de la metodología de estudio-trabajo.

Estas inquietudes se han manifestado en reuniones internacionales, tales como la llevada a cabo en Puerto Rico en 1962 (8), en Buenos Aires en 1983 (9), en Venezuela en 1987 (10) y la más reciente en Taxco, México en 1987 (11), que dieron lineamientos para la formación y capacitación en esta disciplina.

En los últimos años, se han desarrollado diversos modelos de capacitación en epidemiología, como el de Residencia Aplicada en México (12), mejoramiento de la enseñanza de pregrado mediante cambios curriculares y de posgrado fortaleciendo los recursos docentes por medio de actividades docente-asistenciales en Argentina (13), formación de especialistas en un programa de tres años en Cuba (14), cursos internacionales de corta duración en Costa Rica (15), Planes Nacionales orientados a mejorar la enseñanza tanto a nivel académico como de educación continua en República Dominicana (16) y el modelo de capacitación en servicio en Haití (2). Todos surgieron por la necesidad de fortalecer la práctica de la epidemiología y algunos (2, 12, 14) operacionalizaron en diferente grado la exigencia de efectuar la capacitación en la realidad de los servicios.

El curso que aquí se describe tomó en consideración dos aspectos fundamentales: las necesidades identificadas por el país y el reto que la

epidemiología afronta actualmente para el desarrollo y fortalecimiento de los servicios. Ambos sustentaron sus características básicas:

- Formaría parte de un proceso de transformación de la práctica de la epidemiología, considerándose un medio y no un fin en sí mismo. Paralelamente deberían desarrollarse otras actividades que convergieran con él hacia un cambio real a nivel operativo.
- Debería ser práctico, enmarcado en las necesidades y condiciones del escenario futuro de trabajo de los médicos en capacitación.
- Puesto que se ajustaba a una necesidad concreta, requería la participación del resto de los miembros de los equipos locales en su planificación, desarrollo y evaluación.
- Tanto la institución formadora, como las de servicio, deberían tener una participación activa en su desarrollo para adquirir la experiencia que facilitara la continuación del proceso.
- El modelo a desarrollarse respondería a las necesidades reales de los servicios y rompería los esquemas tradicionales de capacitación vertical planificados a nivel central. No permitiría que el "estudiante" se desligara de sus servicios, por el contrario, se identificaría más con ellos porque se enfrentaría a un reto y a un compromiso frente a su equipo de trabajo.

PLANIFICACIÓN

Congruentes con las características enunciadas, la planificación se inició con un taller de consulta a funcionarios responsables de los servicios en los niveles central, regional y local. Como producto se obtuvo, por un lado, la solicitud de que fuera capacitado un médico por cada una de las 24 áreas de salud, en vez de uno por cada una de las ocho regiones sanitarias en que se divide el país y, por el otro, el compromiso de los equipos locales de participar activamente en el proceso. Fueron revisados los requisitos de admisión, haciéndose énfasis en aquellos que deberían llenar el futuro epidemiólogo en función de su compromiso de servicio, y el papel de eje o líder del equipo que tendría que jugar en el futuro hacia el desarrollo de una actitud epidemiológica para abordar la atención de salud.

Posteriormente, el equipo conductor del curso integrado por una coordinadora, funcionaria del INCAP, que fungió a la vez como directora del curso, consultores en epidemiología de la OPS y un representante permanente del Ministerio de Salud, se reunieron localmente con los equipos de las 24 áreas con el propósito de informar sobre el proceso de cambio que se iniciaba; enfatizar la importancia que adquiriría la adecuada selección del profesional a capacitarse; identificar las necesidades de capacitación del resto del equipo, y establecer un compromiso de trabajo conjunto. En estas actividades se contó con el apoyo de la División de

Vigilancia y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud Pública, desde el nivel central.

El equipo mencionado fue fortalecido más tarde con un representante de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala y un representante del Proyecto del Instituto Nacional de Salud.

DESARROLLO

El curso se impartió de agosto de 1990 a junio de 1991. Se inició con una unidad sobre Principios y Conocimientos Básicos de 4 semanas de duración, con el propósito de homogenizar al grupo en los conocimientos mínimos indispensables de epidemiología, estadística, demografía y socio-antropología, con la idea de que en la práctica se ampliarían y fortalecerían los mismos.

A continuación se efectuó el análisis de la situación de salud de cada área con el objetivo de identificar los problemas de salud-enfermedad y sus condicionantes, así como las prioridades de atención e indicadores para su seguimiento. Esta unidad se consideró de extraordinario valor como mecanismo docente para desarrollar la capacidad de reflexión y de análisis. No se consideró adecuado utilizar modelos estructurados; por el contrario y valiéndose de la experiencia del INCAP en enseñanza de posgrado, se pidió a los estudiantes que de manera deductiva crearan un modelo analítico que tradujera su propia teoría causal y expresara las distintas hipótesis de interrelación entre factores. Este fue un ejercicio muy rico, en el que participaron también los equipos de trabajo de cada área de salud, compuesto por el Médico Jefe, el Odontólogo, el Director del Hospital, la Enfermera Comunitaria, la Enfermera Hospitalaria, los auxiliares de enfermería del área preventiva, los técnicos de salud rural, los supervisores de saneamiento ambiental y los técnicos de estadística.

La práctica de Análisis de la Situación de Salud (ASIS) favoreció además que el estudiante conociera de cerca las fuentes de información demográfica, de salud, educación, economía y otros, disponibles en el país y especialmente en su respectiva área; identificara los problemas del sistema de información en salud y compartiera sus inquietudes con las personas responsables del mismo. Además hizo reflexionar al estudiante y a su respectivo equipo de trabajo sobre las necesidades de las poblaciones que atienden y las deficiencias en la entrega de servicios, originándose propuestas de intervención.

Como logros colaterales se obtuvo un análisis de la tendencia de salud de cada área en los últimos 10 años, que incluyó la revisión por primera vez en el país de las causas de atención y mortalidad en los hos-

pitales. Se inició también una caracterización de las poblaciones de acuerdo con necesidades no satisfechas (postergación) para orientar intervenciones. Los índices creados a partir de esta caracterización de necesidades y servicio podrán validarse en un futuro inmediato por aproximaciones sucesivas, de manera que a mediano plazo se cuente con metodologías prácticas y sencillas para racionalizar de mejor forma los recursos de que se dispone. Se obtuvo el compromiso de los estudiantes para continuar trabajando en esta línea.

Los ASIS documentaron los problemas de salud prioritarios en áreas y regiones. Como ejemplo de lo anterior podemos mencionar la ratificación de un importante problema de salud perineonatal en el altiplano del país, donde predomina la población indígena que en más del 70% recurre a comadronas empíricas para la atención del embarazo y el parto. La elevada proporción de infecciones en la mortalidad de algunos hospitales llamó la atención hacia la vigilancia de enfermedades nosocomiales; la persistente alta mortalidad por diarrea e infección respiratoria aguda (IRA) en niños pequeños orientó la investigación evaluativa de programas específicos en algunas áreas donde se ha invertido recursos sin resultados positivos.

Aunque en el momento del desarrollo del curso no todas las áreas contaban con microcomputadora, esta tecnología es actualmente una herramienta básica para el epidemiólogo, por lo que se estimó necesario incluir en los cursos de capacitación el desarrollo de habilidades para su manejo. Los estudiantes introdujeron sus datos, los procesaron y analizaron utilizando el paquete EPI INFO (17).

El estudio de brotes despertó mucho interés, probablemente por la inminencia de la epidemia de cólera en el país. Se aprovechó con fines docentes la coincidencia de la aparición de un brote de *Shigellosis* en una comunidad del nororiente del país. Se desarrolló un Seminario Taller sobre el tema por tres epidemiólogos, dos del Programa de Residencia en Epidemiología de la Secretaría de Salud de México y otro de los Centros de Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta, Georgia, Estados Unidos de América.

En la unidad denominada Epidemiología y Gerencia se puso de manifiesto la enorme importancia que la epidemiología juega en la salud pública, mediante ejercicios relacionados con el uso de información en la planificación y evaluación de acciones.

La vigilancia epidemiológica se abordó por diferentes ángulos: la práctica de ASIS permitió identificar problemas del sistema de información; aspectos teóricos y prácticos se fortalecieron en diferentes momentos del curso por epidemiólogos invitados; se llevó a cabo un taller de revisión del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en que los futuros responsables de la práctica de epidemiología a nivel local, se sentaron a la mesa de discusión con médicos jefes de área, con responsables de

laboratorios de apoyo y técnicos en estadística, encargados de la información, actividad esta de gran trascendencia. Como producto del taller se obtuvo un plan de acción para mejorar el sistema y una mejor visualización de la responsabilidad de cada miembro del personal participante para conseguir la eficiencia del mismo.

Aunque el curso pretendía desarrollar destrezas para la investigación causal y evaluativa de los servicios, el tiempo no permitió llegar muy lejos. Se consiguió sin embargo que, partiendo del análisis de la situación de salud, se identificara la situación prioritaria que ameritaba más investigación. Estas dieron origen al desarrollo de 14 protocolos que se desarrollarían posteriormente con el apoyo de las instituciones participantes. Es de hacer notar que en la selección de los temas prevaleció la de aquellos orientados a la evaluación de los servicios, usando la metodología de investigación operativa. Esto era esperado y deseable, considerando la necesidad de buscar opciones para mejorar los servicios.

La unidad de Comunicación y Educación en Salud estuvo enfocada hacia el problema del cólera que amenazaba al país. Los participantes al curso desarrollaron un programa de capacitación al personal de centros y puestos de salud, así como de comunicación masiva a la población que incluyó el diagnóstico de conocimientos y actitudes, desarrollo de mensajes y validación de material educativo. Esta práctica de campo proporcionó un microdiagnóstico muy adecuado y útil de la información que la población y los servicios tenían sobre la enfermedad y su diseminación.

Durante el desarrollo del curso se efectuaron, aunque no en el nivel deseable por razones de logística, reuniones de intercambio con funcionarios a cargo de los distintos programas del Ministerio (Tuberculosis, Sida, Vacunación, Informática, y otros), así como con epidemiólogos internacionales. Se inició así la relación de apoyo recíproco que deberá fortalecerse en el trabajo diario.

SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN

El control del proceso enseñanza-aprendizaje se realizó mediante pruebas de conocimientos y destrezas, apoyándose en la supervisión de actividades prácticas. Los docentes o "facilitadores" se desplazaron a las 24 áreas de salud donde los estudiantes efectuaban su trabajo de campo, con el propósito de vigilar la calidad del trabajo, resolver dudas y apoyarlos en actividades de discusión de metodologías y de análisis y discusión de resultados con todo el equipo de salud. Los estudiantes también evaluaron constantemente las actividades teóricas y prácticas, información que fue utilizada para readecuar el proceso.

Periódicamente se efectuaron reuniones del grupo conductor del curso para analizar su desarrollo, apoyados en la información evaluativa

disponible y hacer los ajustes necesarios. Con frecuencia fueron invitados a participar dos representantes de los médicos en capacitación.

La evaluación final e integral del curso por los participantes fue muy positiva, 87% del grupo lo calificó como bueno o muy bueno, el resto como regular. Ninguna persona lo consideró deficiente. Enfatizaron la importancia de que el curso enmarcara la realidad del área para la cual trabajan.

El Ministerio de Salud de Guatemala efectuó una evaluación del curso un año y medio después, en la que se determinó el alcance de los objetivos del mismo mediante el análisis del desempeño del médico capacitado. A pesar de algunas limitaciones metodológicas, el estudio reveló el reconocimiento, por parte de autoridades, jefes y compañeros de trabajo de los profesionales capacitados, al buen nivel de conocimientos y desempeño en el campo de la epidemiología y su contribución a las acciones de su respectiva área de salud. Tropiezan sin embargo con dificultades por la débil capacitación en esta área del resto de los miembros del equipo de salud y de los encargados de la toma de decisión a nivel operativo, por lo que fue recomendado fuertemente continuar con la capacitación a otros miembros del personal. Esta actividad a cargo de los médicos capacitados se inició en 1993 en tres áreas de salud consideradas prioritarias, para luego extenderla al resto del país.

CONSIDERACIONES SOBRE EL DESARROLLO DEL CURSO

Este curso de capacitación requirió considerable esfuerzo para conseguir los objetivos propuestos, si se considera que no existía una experiencia previa en el país y además por la complejidad que presentaba la constante búsqueda de pertinencia de la enseñanza a las necesidades de cada una de las 24 áreas de salud. En el curso fue necesario el continuo acercamiento del médico-estudiante a su realidad; la adaptación a situaciones fuera de control, tales como el período eleccionario en el país (que modificó sustancialmente las condiciones locales), las actividades de vacunación acelerada por la detección de casos de poliomielitis, y el prolongado período de vacaciones, que se organiza en dos grandes turnos que involucra cada uno a la mitad del personal; las dificultades de coordinación entre los equipos locales y el nivel central. El equipo conductor del curso integrado por dos instituciones nacionales (Ministerio de Salud, Facultad de Medicina), un instituto de investigación y enseñanza en proyecto y la OPS y el INCAP, tuvo que buscar sobre la marcha la coordinación necesaria interna y con los servicios locales.

Se consiguió que los estudiantes efectuaran sus prácticas de campo mediante actividades compartidas con los equipos de los servicios locales

de salud y no como visitantes del servicio que realizaban de manera aislada un trabajo ajeno a la planificación local, y cuya ejecución y resultados convenían únicamente al interesado. Por el contrario, ellos actuaron bajo la supervisión administrativa del representante local de salud y respondieron a las necesidades de los servicios.

El hecho de que el curso se desarrollara en una institución como el INCAP, con más de 40 años de experiencia en docencia de posgrado e investigación, facilitó la tarea, ya que se contó con profesionales de diversas disciplinas, biblioteca, sistemas de cómputo y apoyo administrativo.

Es obvio que el éxito de un curso como ese radica en la adecuada selección de los participantes. En el caso de este estudio, desafortunadamente no siempre fueron aplicados los criterios establecidos. Una mínima proporción de los médicos seleccionados no manifestaron la motivación y el compromiso requerido, lo que indudablemente se tradujo en falta de rendimiento.

Como productos concretos de ese curso, además de la capacitación de 26 personas (dos no llenaron los requisitos mínimos deseables) y la disponibilidad de análisis de situación de salud por área y 14 protocolos de investigación, su pueden señalar: un plan de acción para el mejoramiento de la vigilancia epidemiológica por regiones; acercamiento entre el área curativa y preventiva a nivel operativo; y motivación del resto del personal para continuar su capacitación. Fue además una rica experiencia de trabajo conjunto entre instituciones nacionales, la OPS y el INCAP, que produjo un nuevo modelo de capacitación susceptible de ser adaptado a otros contextos.

PERSPECTIVAS

El siguiente paso para la consolidación del proceso de transformación iniciado, es incorporar efectivamente al epidemiólogo a los servicios. El primer caso de cólera en Guatemala se presentó dos semanas después de concluido el entrenamiento y de acuerdo a opinión de autoridades de salud del país,⁵ fue determinante la participación de los médicos capacitados para el control de la epidemia.

Se requerirá apoyo de las instituciones nacionales y organismos internacionales para continuar la capacitación del resto del equipo, como estaba previsto. Durante el desarrollo del curso se intercambiaron ideas a través de la discusión de metodologías y procedimientos a utilizar por el estudiante, en la recolección de datos y en el análisis e interpretación de

⁵ Aseveración del Director General de Salud, durante la reunión del Consejo Consultivo del INCAP en la ciudad de Guatemala, en septiembre de 1991.

la información recolectada. Se intentó además, apoyar la capacitación de equipos locales mediante el envío de fascículos de autoinstrucción, pero razones operacionales que incluyeron la complejidad de la conducción de actividades en 24 áreas del país, limitaron este propósito. Queda por llevar a la práctica un proceso sistematizado que progresivamente llene todas las necesidades. En él deberá jugar un papel de liderazgo el médico ya capacitado.

RESUMEN

De agosto de 1990 a junio de 1991 se llevó a cabo en Guatemala un curso de capacitación en epidemiología dirigido a 28 médicos en los que se incluyeron 24 provenientes de igual número de áreas de salud en que se divide el país. El curso se consideró parte de un proceso de transformación de los servicios hacia la práctica efectiva de la epidemiología. Fue enmarcado hacia el mejor conocimiento y resolución de problemas propios del área de acción de cada estudiante e involucró al resto de su respectivo equipo de trabajo. Su metodología eminentemente práctica rompió con los esquemas tradicionales de capacitación vertical para proporcionar las condiciones de aprendizaje alrededor de problemas concretos en el escenario de trabajo y desarrolló la motivación para continuar la capacitación a otros miembros del personal.

El curso fue apoyado técnica y financieramente por la OPS/OMS, y desarrollado en el INCAP. Participaron además en su planificación y ejecución el Ministerio de Salud Pública y la Universidad de San Carlos de Guatemala, instituciones responsables de la capacitación y formación de personal en salud en el país.

REFERENCIAS

- 1 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Organización Panamericana de la Salud, Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Evaluación de condiciones de eficiencia de los servicios de salud materno-infantil; 1985.
- 2 Salcedo J y Viellar S. Capacitación en epidemiología: una estrategia para fortalecer su utilización en los servicios de salud de Haití. *Educ Med y Salud* 1990;24(3):251-259.
- 3 Tigre CH, Plant R, Castellanos PL: La práctica epidemiológica en los sistemas de servicios de salud. *Educ Med y Salud* 1990;24(3):306-320.
- 4 St John R. La necesidad de un pensamiento epidemiológico en los servicios de salud y la formación de recursos humanos. En: La formación en epidemiología para el desarrollo de los servicios de salud/XIV Conferencia de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESp). Taxco, México; 1987.
- 5 Ruiz L, Haddad J, Ferreira JR. Capacitación en servicio en epidemiología: redefinición de su marco referencial y

- metodológico. *Educ Med y Salud* 1990; 24(4):330-344.
- 6 Pérez García JM. Educación médica: epidemiología. *Práctica Médica y Comunidad* 1989;2(3):28-30.
 - 7 de Fernández AM. La formación y capacitación de recursos humanos en salud maternoinfantil en Centroamérica. (Documento del INCAP en preparación).
 - 8 Organización Panamericana de la Salud. *Enseñanza de la epidemiología*. IV Conferencia de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación de Salud Pública (ALAESp), Puerto Rico, 1965. Washington, DC: OPS. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 46).
 - 9 Organización Panamericana de la Salud. *Usos y perspectivas de la epidemiología*. Documento del Seminario sobre Usos de la Epidemiología, Buenos Aires, Argentina, 7-10 de noviembre de 1983. Washington, DC: OPS; 1984. (Publicación PNSP/84/47).
 - 10 Organización Panamericana de la Salud y la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública. Segunda Reunión sobre Sistemas Nacionales de Información y Desarrollo de la Epidemiología, Caracas, Venezuela, 25-29 de mayo de 1987. *Educ Med y Salud* 1988;22(4):428-455.
 - 11 Organización Panamericana de la Salud. *La formación en epidemiología para el desarrollo de los servicios de salud*. XIV Conferencia de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación de Salud Pública (ALAESp), Taxco, México, 15-19 de noviembre de 1987. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 88).
 - 12 Ruiz-Matos CE, Dickinson J, Sepúlveda J, Stetler H. Experiencia en México en el adiestramiento de personal en epidemiología aplicada. *Educ Med y Salud* 1990;24(3):222-236.
 - 13 Lemus JD. Capacitación-Acción en epidemiología: experiencia en el sistema de servicios locales de salud comunitaria de la ciudad de Buenos Aires. *Educ Med y Salud* 1990;24(3):260-279.
 - 14 Cuba. Ministerio de Salud Pública, Instituto Superior de Ciencias Médicas, Facultad de Salud Pública. Aspectos generales del Programa Nacional de Formación de Especialistas en Higiene y Epidemiología de Cuba. *Educ Med y Salud* 1990;24(3):280-294.
 - 15 Robles S. Una experiencia de capacitación en epidemiología para Centroamérica. *Educ Med y Salud* 1990; 24(3):295-305.
 - 16 Castellanos PL, Rodríguez CS. Mejoramiento de la enseñanza y desarrollo integral de la epidemiología en la República Dominicana. *Educ Med y Salud* 1990;24(3):237-250.
 - 17 Dean AG et al. Epi Info Version 5. Epidemiología con microordenadores (programa para computadoras). Washington, DC: OPS; 1992.

PROPUESTA METODOLÓGICA PARA LOS CONTENIDOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DEL PROGRAMA DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL

*Silvia Martínez Calvo*¹

INTRODUCCIÓN

En la formación del especialista en medicina general integral (MGI) hay cuatro pilares básicos: la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.

En la propuesta metodológica que aquí se aborda solo nos referiremos a la promoción y prevención, cuyo ejercicio práctico es más limitado si se compara con el del tratamiento y el de la rehabilitación.

En este estudio la posibilidad de análisis se ha basado, hasta donde es posible, en tres categorías básicas: general, particular y singular. Estas categorías estarán representadas en la MGI de acuerdo con los diferentes niveles en los que se proporcionará el adiestramiento, que pueden ser la comunidad (que incluye grupos y colectivos), la familia y el individuo. Durante los tres años de formación del médico general integral, el diseño curricular deberá ofrecer conocimientos y facilitar el adiestramiento, pero corresponderá al profesor establecer los mecanismos de interrelación con los niveles mencionados para lograr resultados positivos que influyan favorablemente en el estado de salud de la comunidad.

DESARROLLO DE HABILIDADES

Promoción

Durante el primer año de formación del especialista en MGI, los contenidos relativos a la promoción de salud deben estar dirigidos a:

¹ Profesora de Epidemiología. Vice-Decana Docente de la Facultad de Salud Pública, La Habana, Cuba.

- Explicar los fundamentos teóricos sobre promoción de salud.
- Incorporar al diagnóstico de salud los indicadores relacionados con la promoción.
- Incluir los indicadores de promoción en el diagnóstico de la situación de salud de los grupos y colectivos.
- Planificar y ejecutar actividades de promoción de salud.

A partir del segundo año de estudio, las actividades de promoción comenzarán a perfeccionarse y a producir resultados positivos.

Tiene mucha importancia el desarrollo secuencial de los contenidos y sobre todo, la aplicación de los mismos al trabajo diario. De lo contrario, fracasarían como modos de actuación para el especialista.

La promoción según los diferentes puestos de trabajo deberá analizarse tomando en consideración lo siguiente:

La comunidad. Aunque la promoción puede desarrollarse directa o indirectamente desde cualquiera de los diferentes puestos de trabajo del especialista, su máxima eficiencia se alcanza dentro de la comunidad, ya que desde ahí se pueden observar mejor los resultados obtenidos.

Por esta razón, tanto el residente ubicado en el consultorio como los que realizan su estancia en el mismo, deberán dedicar sus primeros períodos al adiestramiento teórico-práctico dirigido especialmente a determinar los elementos que integran el modo de vida y a ejercitar actividades de promoción.

No debe existir confusión en cuanto al análisis de los elementos del modo de vida en los diferentes puestos de trabajo. Por ejemplo, la categoría rectora modo de vida es poco familiar para el personal médico pero muy útil para comprender la importancia de la promoción de salud dentro de la comunidad.

Al estudiar los colectivos laborales se deben considerar las condiciones de trabajo como el elemento básico del modo de vida, sin olvidar el estilo de vida del trabajador. En este caso, las condiciones de trabajo constituyen un importante aspecto de responsabilidad estatal para lograr el funcionamiento del propio colectivo. No se pretende que las condiciones de trabajo sustituyan el modo de vida de la comunidad, pero sí es necesario que las mismas sean un elemento importante del modo de vida.

Si se estudian los grupos educacionales, el indicador de modo de vida que se debe valorar fundamentalmente lo constituyen las condiciones del proceso docente-educativo como coadyuvante en la formación de los hábitos, costumbres y comportamiento.

La expresión del modo de vida en las condiciones de trabajo y en las condiciones del proceso docente-educativo no es una sustitución lineal del mismo sino una relación dialéctica. No es una sustitución de indicadores

sino la priorización y el análisis de un componente del nivel de vida de un colectivo a partir del análisis individual.

La visión de este fenómeno a nivel de grupos y colectivos debe cumplirse durante las estancias en el consultorio. A su vez, se deberá perfeccionar las condiciones de trabajo y del proceso docente-educativo cuando el residente del consultorio realice su estancia en los centros laboral y educacional, al valorar en interacción recíproca el modo de vida familiar con las condiciones de trabajo y del proceso docente-educativo.

El diagnóstico de la situación de salud representa el instrumento idóneo para valorar el modo de vida de la comunidad y medir la eficiencia de las actividades de promoción de salud. De ahí la importancia de una correcta recolección de información y del análisis del estilo de vida de los individuos.

La familia. Representa el colectivo primario dentro de la comunidad y como tal contribuye decisivamente a lograr y mantener un modo de vida saludable. De hecho, las actividades de promoción van dirigidas a la familia, aunque la percepción y las modificaciones se alcancen a nivel individual.

El instrumento que ayudará a medir los resultados de las actividades de promoción de la familia es el elemento determinante para valorar la eficiencia del trabajo médico al respecto.

Durante las estancias en los consultorios se perfeccionarán las actividades promocionales con las familias, como adiestramiento en colectivos heterogéneos. Durante el período de estancia del residente en centros laborales y educacionales, deberá valorar, entre otras actividades, los resultados de la actividad promocional en las familias a través del comportamiento de los integrantes de las mismas en sus diferentes grupos y colectivos.

El individuo. Es conocido que la promoción de salud va dirigida a grupos de diferente magnitud e incluso los resultados son más objetivos y sólidos. No obstante, podemos "promover salud" en forma individual siempre que podamos valorar su efecto o influencia en el grupo de pertenencia de los individuos.

Es por ello que las estancias representan un valioso instrumento para adquirir, perfeccionar y aplicar conocimientos teórico-prácticos sobre la influencia recíproca que en los grupos y colectivos tienen los diferentes estilos de vida de sus integrantes.

Esto solo se logra cuando el profesor inculca en sus alumnos la necesidad de la integración permanente en todas las actividades que desempeña el residente en su trabajo diario y según se ejecute el plan de estudio.

La integración deberá ser su actividad diaria, no un objetivo a alcanzar cuando culmine su residencia.

PREVENCIÓN

Al igual que la promoción, representa una de las categorías básicas en la formación del especialista de MGI. Se incluirán contenidos a lo largo de los tres años de la carrera relacionados estrechamente con la prevención, con el objetivo de lograr que el residente integre todas y cada una de las actividades que desempeña a través de su modo de actuación.

A diferencia de la promoción, la aplicación de medidas preventivas se considera fácil para los no especializados en esa rama, lo que ha originado algunas concepciones erróneas que deben quedar bien aclaradas al ejecutarse el plan de estudio.

El hecho de obtener modificaciones a corto plazo al aplicar medidas de prevención podría ser la base para considerar esta aplicación fácil o no, sin percatarnos que con anterioridad hubo que realizar actividades promocionales de envergadura que también contribuyeron a esos "rápidos" resultados. De ahí que no puede existir una línea divisoria tajante entre promoción y prevención. Por el contrario, casi toda la acción de prevención está en función preventiva. La aplicación impensada e inconsecuente de los famosos niveles de prevención contribuye a crear confusión al respecto.

La prevención en los niveles de comunidad, familia e individuo debe realizarse de la forma siguiente:

Comunidad. Su objetivo básico en este nivel es disminuir o eliminar los riesgos, enfermedades y daños que afectan a los diferentes grupos de población.

Por ello el adiestramiento en las actividades de control de enfermedades transmisibles y otras, en la vigilancia epidemiológica y en el control higiénico del ambiente, deben ser eficientes y eficaces.

Se insistirá en hacer notar la importancia entre lo ocurrido a un individuo o en el ambiente y su repercusión en la salud de la comunidad, así como la posibilidad de solucionar el problema a partir de la aplicación de las medidas de control establecidas.

Estas actividades le permiten vincularse muy estrechamente con los especialistas de los CMHE, lo que debe contribuir a perfeccionar su conocimiento y habilidades al respecto. La acción preventiva en la comunidad le permite observar de cerca las modificaciones que espera como resultado de su trabajo.

El control del ambiente es fundamental en este nivel y sobre todo, es importante diferenciar los riesgos existentes en ambientes particulares como centros laborales y centros educacionales, así como la respuesta de estos grupos y colectivos a las medidas preventivas específicas.

Es bueno insistir en que la actividad preventiva en la comunidad está dirigida a proteger grupos, por lo tanto, una simple medida conduce a cambios sustanciales de la colectividad.

Familia. Aquí no se trata de transportar la acción preventiva comunitaria a un pequeño grupo, sino analizar la respuesta familiar ante las adversidades del medio y su contribución a la salud de la comunidad.

Los elementos que aparecen en la Historia Salud Familiar deben aportar los datos necesarios para analizar la situación de salud de la familia y a partir de ahí, realizar actividades de control tanto individuales como colectivas que la modifiquen.

Cada integrante de la familia corresponde al mismo tiempo a un grupo específico de población: escolares, adolescentes, embarazadas, trabajadores y ancianos y debe valorarse la influencia del trabajo con cada grupo en la respuesta familiar.

El comportamiento individual actúa a favor o en contra de la salud, y dentro de una familia esto influye marcadamente en su perfil de salud-enfermedad. Ese perfil debe tenerse en cuenta para la aplicación de medidas preventivas.

Un enfermo en la familia o un elemento adverso en su medio son el punto de partida para valorar la efectividad de las actividades de promoción y prevención.

Individuo. Representa, cuando está afectado, el detonador que inicia el proceso para la acción preventiva. Hay que señalar que nunca se analizan las causas anteriores al problema, que sería verdaderamente el momento idóneo.

En los contenidos de la residencia ocupa un espacio la prevención individual en todos sus aspectos, pero lo más importante es mantener una "actitud preventiva" en el residente durante los tres años. Es necesario lograr que al enfrentarse a un individuo afectado, el residente analice el por qué del problema y el momento en que ha sucedido

No se hará una "copia fiel" de las actividades preventivas para cada caso específico, sino se analizarán los hechos con un verdadero enfoque epidemilógico que garantice la no reproducción esquemática del mismo.

En resumen, promoción y prevención son categorías secuenciales a desarrollar antes, durante y después de la aparición de un problema de salud, y representan la base del trabajo en la MGI.

ESTRATEGIA GENERAL

El plan y programas de estudio de la especialidad de Medicina General Integral requiere para su aplicación determinados ajustes en dependencia de la comunidad o del centro con el que el residente esté directamente responsabilizado.

Estos ponen de relieve las particularidades que reviste la práctica médica en cada puesto de trabajo: centro laboral o centro educacional de la comunidad. Las mismas se reflejan fundamentalmente en las subáreas,

módulos y unidades didácticas de las áreas I, III, IV y en menor grado en el área II.

El plan de estudios define con claridad el sistema de objetivos y contenidos del programa de formación a cumplir en cada año, tanto en el puesto de trabajo como en las estancias programadas.

El residente ubicado en un centro educacional realizará una sola estancia en un centro laboral y viceversa, así como también en la comunidad —una por cada año— lo que garantizará que una vez culminada cada una de ellas, pueda establecer las diferencias con el puesto que desempeña. Ello le permite además, ponerse en contacto con posibles grupos de edad poco frecuentes en la población que atiende.

Los residentes de la comunidad efectuarán una sola estancia en cada uno de los otros puestos de trabajo.

El Plan, concebido así, facilita la aprobación de las particularidades de cada uno de los puestos de trabajo, así como la transferencia de habilidades y conocimientos a cualquier otra situación que se presente para dar solución a los problemas de salud.

Los residentes de los centros comunitarios estarán vinculados durante los tres años a un mismo consultorio de la comunidad donde labore un especialista de medicina general integral o un residente de años superiores.

Los profesores del grupo básico de trabajo realizarán su actividad tutelar con el residente en el puesto de trabajo donde se encuentre, ya sea en la comunidad, en alguno de sus centros o en el hospital.

CONSIDERACIONES FINALES

El hecho de hacer “tangible” los conceptos básicos a utilizar por el especialista de MGI, así como al personal encargado de su formación y adiestramiento, estimuló la confección de la propuesta metodológica.

Aunque el tema provoca el debate y la controversia, al menos representa un intento de esclarecimiento de un tema tan “abstracto” para algunos por su falta de operacionalidad. Solamente la ejercitación práctica en las orientaciones que se proponen allanará el camino en la búsqueda de la verdad científica.

Quede en manos de residentes, especialistas y profesores transitar esa senda y aportar su creatividad en ese sentido.

BIBLIOGRAFÍA

Cuba. Ministerio de Salud Pública. Fundamentación teórica y diseño del nuevo

plan de estudio de medicina. La Habana: MINSAP; 1985.

Cuba. Ministerio de Salud Pública. Medicina General Integral, 5 tomos. La Habana: MINSAP; 1986.

Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de Especialización en Medicina General Integral, 3 tomos. La Habana: MINSAP; 1990.

Martínez S. Algunas consideraciones sobre promoción de salud y la nueva estrategia sanitaria cubana. La Habana: Facultad de Salud Pública; 1992.

Ruiz L. Promoción y prevención en salud. Buenos Aires: Editora María; 1992. (Folleto asv.).

LLA MUJER EN LA ODONTOLOGÍA EN LA CIUDAD DE MÉXICO. SU FORMACIÓN A NIVELES DE LICENCIATURA Y POSGRADO

Víctor López Cámara¹

INTRODUCCIÓN

La crisis económica que ha sufrido México, especialmente entre los años 1982 y 1989, ha influido en las profesiones liberales como es el caso de la odontología. Esto se debe a que tanto la oferta como la demanda de la atención se ven fuertemente afectadas por la economía nacional, ya que la prestación de esos servicios se efectúa de manera predominante mediante el pago directo del paciente al profesional.

Por otra parte, el surgimiento de la mujer en el campo profesional, y en general en las actividades económicamente productivas, ha sido importante en México especialmente durante la última década (1). En el campo de la odontología la mujer ha mostrado un destacado interés, llegando en los últimos años a constituir aproximadamente las dos terceras partes del número de alumnos de esta carrera en las 52 escuelas de odontología del país.²

La razón de este estudio fue la de llevar a cabo una observación empírica, de la cual surgieran datos acerca del modo en que la mujer participó en la práctica de la odontología durante los años de seria crisis económica que afectaron a esta profesión en el país. Además, para tener información sobre la manera en que se está modificando la práctica pro-

¹ Profesor Titular. Universidad Autónoma Metropolitana. Xochimilco.

² Archivos de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología (AMFEO).

fesional y poder determinar la tendencia que sigue la participación femenina en el modelo de servicio odontológico.

ANTECEDENTES

Lucy Beaman, graduada del Ohio College of Dental Surgery en 1866, fue la primera mujer odontóloga en el mundo (2). Aproximadamente 25 años después, W. R. Spencer escribió las siguientes palabras: "Nuestra profesión ha sido invadida por mujeres. Como dentista yo protesto ante la invasión de nuestros derechos. Es solamente cuando una mujer ha perdido toda esperanza en el hogar, cuando estoy tentado a decir que ella busca el trabajo del hombre" (3).

Aristóteles y Platón por su parte, creían que la mujer era moral, intelectual y físicamente más débil que el hombre. En alguna época de la historia se llegó a creer que si la mujer estudiaba en la universidad, su salud se arruinaría, ya que su cuerpo no podía producir suficiente oxígeno para pensar y a la vez ser capaz de reproducir (4).

Una odontóloga iraní en 1990 expresó que en su país existía una política deliberada para hacer más difícil el acceso de las mujeres a las universidades, bajo la premisa de que no podrían ser tan activas como sus contrapartes masculinas cuando contrajeran matrimonio (5).

Por cientos de años fue una regla universalmente aceptada el que la educación académica era un privilegio exclusivo del hombre (2). Sin embargo, hay actualmente datos que muestran que hay una tendencia generalizada hacia el aumento del porcentaje de mujeres estudiando y ejerciendo la odontología en muchos países.

En el Cuadro 1 se presenta el porcentaje de mujeres estudiantes de odontología en diferentes países (6):

En los Estados Unidos el número de mujeres estudiantes de odontología aumentó de 230 en 1970 hasta 5.000 en 1985. Para el año

CUADRO 1. Porcentaje de estudiantes de odontología del sexo femenino en diferentes países.

Lugar (1986-1988)	%
Estados Unidos (Howard, Washington, DC)	35,0
Inglaterra (London Hospital)	38,8
Gran Bretaña (16 escuelas)	44,2
Suecia (Karolinska Institute)	50,0
Noruega (Oslo y Bergen)	50,0
Ciudad de México (9 escuelas en 1988) (7)	63,9
Finlandia (Helsinki, Turku, Oulu y Kuopio)	76,0

2000 se ha proyectado que en ese país habrá alrededor de 25.520 odontólogas mujeres en la práctica (15,8% del total de odontólogos activos) (3).

En Estocolmo, Suecia, el 42,6% de los profesores de odontología son mujeres, pero solamente una ha podido alcanzar el cargo de "Professor" y otra, el de "Assistant Professor". El más alto porcentaje de mujeres (55%), se encuentra en los niveles académicos más bajos (2).

Aunque en Finlandia la mayoría de los dentistas, así como las tres cuartas partes de los estudiantes de odontología eran mujeres en 1990, la proporción de docentes del sexo femenino era solamente del 44%. Del mismo modo, los hombres siguieron teniendo un fuerte dominio en cuanto a ocupar los puestos académicos de alto rango (6).

En relación con este tipo de datos en América Latina, Geiringer en 1989 (8) demostró que en Venezuela aproximadamente las tres cuartas partes de los ingresos a las escuelas de odontología correspondían al sexo femenino. Geiringer opina que "las mujeres ven a la odontología como una profesión que puede ejercerse con comodidad, al mismo tiempo que se desempeñan otros roles femeninos tales como los de esposa, madre y ama de casa, así como que el trabajo odontológico puede realizarse en sus propias residencias familiares o en algún consultorio con horarios parciales y flexibles".

En las 9 escuelas de odontología del valle de México, para el año 1988 habían 5.288 alumnos de los cuales 3.380, o sea, el 63,9% eran mujeres. El total de alumnos en el país ascendió a 25.085 (7).

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

La intención de este proyecto fue la de obtener información que permitiera analizar de manera más objetiva algunos aspectos sobre la formación a niveles de licenciatura y posgrado que tuvieron las mujeres que practican privadamente la odontología en la ciudad de México.

MATERIAL Y MÉTODO

La información analizada en este estudio proviene de los bancos de datos de dos proyectos de investigación sobre el "Trabajo odontológico en la ciudad de México. Análisis de la práctica dominante" (9) y "Trabajo odontológico en la ciudad de México: Crisis y cambios",³ para los cuales se obtuvo información (152 variables) acerca de la formación y ejercicio profesional de la mujer odontóloga en la práctica privada en la ciudad de

³ López Cámara V. y Lara Flores N. En prensa.

México. En ambos estudios se siguió el mismo método, con la intención de establecer las mejores condiciones para la comparación entre las situaciones encontradas en 1982 y 1989.

La selección de los profesionales entrevistados se llevó a cabo del mismo modo en ambos estudios, ya que desde el desarrollo del primero se demostró su utilidad. La falta de datos respecto al número de odontólogos trabajando en la práctica privada en la ciudad de México, así como su distribución y la falta de conocimiento previo sobre el tipo de pacientes (en relación con sus ingresos) atendidos por ellos, determinó que esa selección se hiciera de modo semialeatorio seleccionando a un solo profesional por cada colonia designada. De este modo se seleccionaron alrededor de 120 manzanas de diferente tipo (360 manzanas en total) lo que hizo que la muestra se repartiera de manera amplia, de modo de representar lo mejor posible al tipo de odontólogos que trabajaban en ellas. La práctica ha mostrado que en términos generales el tipo de consultorio y su ubicación determinan la clase de pacientes que a él acuden. Sin embargo, a pesar de que en la colonia Polanco puedan residir personas de muy bajos ingresos, es altamente improbable que estos soliciten servicios odontológicos en los consultorios de los dentistas instalados en ese lugar. Por otro lado, hay pocas probabilidades de que los individuos de muy altos ingresos que puedan vivir en algunas de las colonias de Netzahualcóyotl, acudan al odontólogo instalado en esa área.

La recolección de datos la hicieron dos grupos de 22 alumnos cada uno, del penúltimo trimestre de la carrera de estomatología de la UAM-Xochimilco. Cada encuestador entrevistó a 5 ó 6 odontólogos de cada estrato (A, B, y C = 15 a 18 en total) y se tuvo cuidado de entrevistar solamente a un odontólogo por cada manzana. La cédula empleada fue discutida y aprobada con anticipación al primer estudio. Los datos fueron procesados utilizando el programa SPSS/PC, con el objeto de lograr el entrecruzamiento de múltiples variables.

La información para ambos estudios se obtuvo por medio de entrevistas a 310 dentistas en 1982 y 392 odontólogos en 1989, ubicados en 19 colonias del Distrito Federal. Las colonias se clasificaron de acuerdo con los ingresos económicos de los residentes en tres categorías: A (altos ingresos), B (medianos ingresos) y C (bajos ingresos). Los resultados de esta clasificación fueron los siguientes:

Polanco, Lomas de Chapultepec, Las Palmas y Anzures bajo la categoría A. Coapa, Narvarte, Condesa, Roma, Florida, Irrigación, San José Insurgentes, Industrial, Portales y Oxtopulco bajo la categoría B y Ciudad Netzahualcóyotl, La Merced y Centro de la Ciudad bajo la categoría C.

El criterio para clasificar según A, B o C a las colonias seleccionadas, se basó en el tipo de pacientes atendidos con mayor énfasis por los profesionales de práctica privada instalados en cada una de esas colonias.

De acuerdo con el estudio efectuado en 1982, el 65,4% de los pacientes atendidos por los dentistas establecidos en las colonias tipo A correspondió a dueños de empresas y personas de altos ingresos económicos; el 68,1% de los pacientes atendidos por los profesionales establecidos en colonias tipo B a profesionales, comerciantes y empleados con ingresos medios, mientras que fueron los profesionales establecidos en las colonias tipo C los que atendieron en mayor proporción (39,4%) a obreros, campesinos y personas con ingresos económicos bajos, comparados con los odontólogos del tipo A que atendieron al 0,9% y los del tipo B que dieron servicio a un 6,8% de este tipo de pacientes en relación con el total de su "clientela".

Otro indicador de las diferencias del tipo de pacientes atendidos en cada diferente tipo de colonias (A, B or C), lo constituye el ingreso manifestado por los entrevistados en el estudio de 1982, que se tomó como referencia. El ingreso promedio del profesional instalado en colonias tipo A fue en términos generales el triple en relación con el de tipo C y el doble para el B con respecto al C. En este sentido, para poder establecer una mejor comparabilidad entre ambos estudios, así como para poder representar los diferentes tipos de pacientes atendidos, se planteó tomar las mismas colonias para los dos estudios.

La información recopilada en este proyecto tuvo el propósito de comparar por sexos algunos de los datos encontrados en los estudios efectuados en 1982 y 1989, en cuanto a la formación de pre y posgrado de la mujer en la práctica privada en la ciudad de México.

Los rubros generales tomados de ambos proyectos fueron los siguientes:

- Odontólogos por sexo y estrato.
- Formación profesional.
- Universidad de origen.
- Estudios de posgrado.
- Lugar de posgrado.
- Duración del posgrado.
- Áreas de especialización.

RESULTADOS

Hasta la década de los años cuarenta la participación de la mujer en la profesión odontológica fue realmente muy poca. En las Figuras 1 y 2 se observa como en los años cincuenta comenzaron a aparecer las mujeres en la práctica profesional, constituyendo para esa década el 28,2%, poco más de una cuarta parte del total de odontólogos en la práctica privada. En la década de los sesenta, las mujeres representaron el 29,6% del total de odontólogos en la ciudad de México y en los setenta esta cifra aumentó

FIGURA 1. Quinquenio de egreso universitario por sexo.

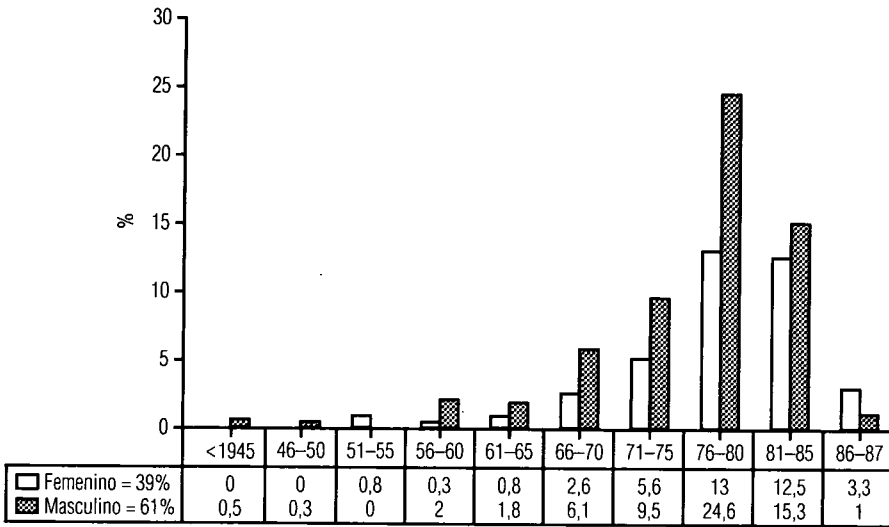
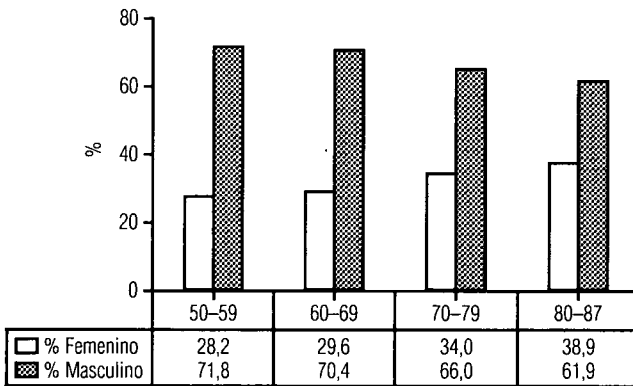


FIGURA 2. Distribución porcentual por sexo y décadas en la práctica privada.



hasta el 34,0%. Hasta el quinquenio 1981-1985, el porcentaje de mujeres en la práctica privada de esta ciudad fue de un 37%. Para 1989, de acuerdo con el grupo de odontólogos que constituyeron la muestra de este estudio, el cuerpo profesional de la ciudad de México se encontraba constituido por un 38,8% de mujeres y un 61,2% de hombres. Debido al gran incremento en el número de estudiantes mujeres observado desde el principio de los años 80 (7), la cantidad de mujeres graduadas aumentó de manera

notable (dos terceras partes del total en el año de 1989), dando como resultado que el porcentaje de odontólogos que egresaron de las universidades de la ciudad de México en los últimos años (1986 y 1987) representara una relación de 3,3 mujeres por cada hombre. En relación ya no al quinquenio de egreso universitario, sino a la época de inicio de la práctica profesional, en el lapso de 1986 a 1987 egresaron 3,3 mujeres por cada hombre y en ese mismo período iniciaron su práctica privada 3,7 mujeres por cada odontólogo hombre.

La Figura 3 muestra el porcentaje de egresados de cada Escuela (o Facultad) de Odontología en la ciudad y valle de México. La UNAM (en su Facultad de Ciudad Universitaria – CU) ha producido el 56,2% del total de odontólogos del área, correspondiendo el 20% a mujeres y el 36,2% a hombres del total del actual cuerpo profesional en la práctica privada de esta ciudad. La Universidad Intercontinental (UIC), tal vez por ser la de más reciente fundación en esta localidad, ha producido solamente el 0,8% del total de odontólogos, correspondiendo el 0,5% a hombres y el 0,3% a mujeres.

La única universidad que comparativamente ha producido mayor número de odontólogos (Figura 4) ha sido la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), con un 64% de mujeres graduadas. Todas las demás escuelas y facultades han producido menos del 50% de graduadas, hasta

FIGURA 3. Porcentaje de egresados por sexo en escuelas de odontología del Distrito Federal.

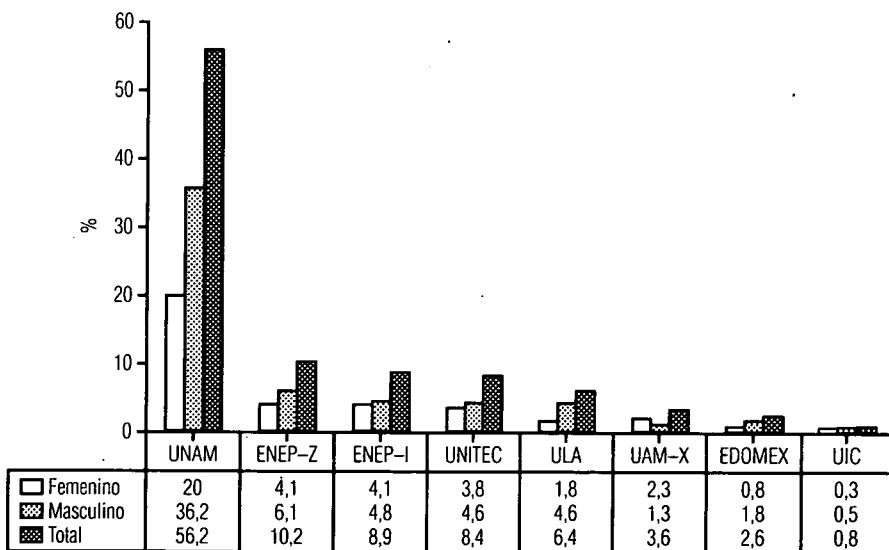
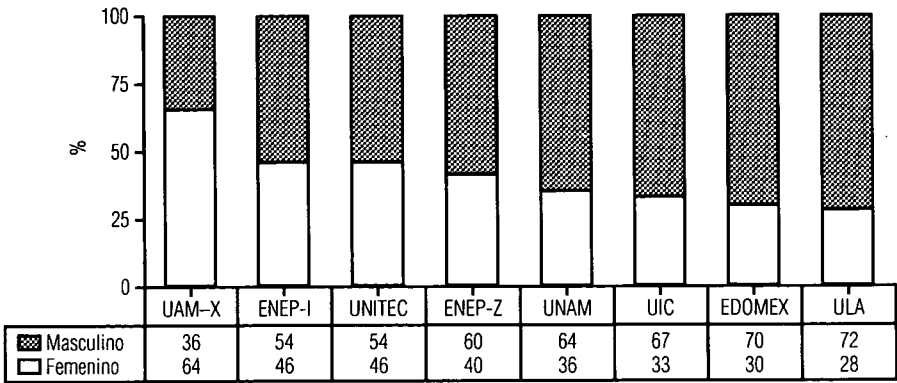


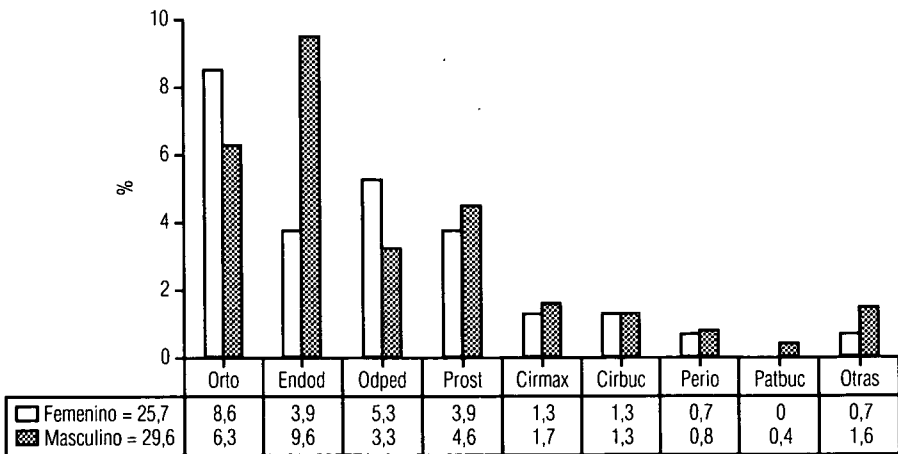
FIGURA 4. Porcentaje de egresados por sexo en universidades durante los últimos 45 años.



llegar a la Universidad Latinoamericana (ULA) donde solamente el 28% de los egresados han sido mujeres.

La Figura 5 presenta la distribución de sexos de acuerdo con las especialidades en las cuales se prepararon con estudios de posgrado. Se observa que globalmente el 29,6% de los hombres y el 25,7% de las mujeres han estudiado una especialidad. Ahora bien, la distribución por sexos para cada una de ellas muestra que entre los odontólogos que mantienen una práctica privada, solamente en las especialidades de ortodoncia (Orto) y odontopediatría (Odped) predominan las mujeres en los porcentajes re-

FIGURA 5. Distribución por sexo, según especialidad.



lativos a los totales por cada sexo, ya que en todas las demás especialidades son los hombres los que presentan mayores porcentajes. Esto es, el 5,3% del total de mujeres que practican privadamente, versus el 3,3% de hombres en el campo de la odontopediatría, y el 8,6% de mujeres versus el 6,3% del total de hombres con consultorio privado en el campo de la ortodoncia. Por otra parte, es claro el predominio del sexo masculino en la especialidad de endodocia (Endod), con 9,6% de hombres y 3,9% de mujeres. En las especialidades de prostodoncia (Prost) y cirugía maxilofacial (Cirmax), el predominio porcentual es ligeramente mayor para el sexo masculino.

La especialidad con menor porcentaje de mujeres es la patología bucal (Patbuc), que presenta un 0,4% en hombres y 0% en mujeres que sostienen una práctica privada de la profesión.

En la Figura 6 se observa que del total de odontólogos que ejercen privadamente en la ciudad de México, el 28,1% (18,1% para hombres y 10,0% para mujeres) efectuaron estudios de posgrado en cursos universitarios de tres meses o más de duración. Sin embargo, debemos tomar en cuenta que la práctica privada en esta ciudad, de acuerdo con el presente estudio, está constituida por un 38,8% de mujeres y un 61,2% de hombres.

Considerando el total de cada sexo de manera independiente, observamos que el 25,7% del total de mujeres y el 29,6% de hombres estudiaron un posgrado. La Figura 7 nos muestra que del 25,7% de mujeres que estudiaron un posgrado, 23,1% lo hicieron en México y 2,6% en el extranjero. Del 29,6% de hombres con posgrados el 28% los efectuaron en este país y el 1,6% en el extranjero. Podría destacarse el hecho de que, contrariamente a lo que ocurría en décadas anteriores (9), el porcentaje actual de mujeres que estudian un posgrado en el extranjero es proporcionalmente mayor que el de los hombres (2,6% y 1,6%, respectivamente).

FIGURA 6. Duración de los estudios de posgrado. Distribución por sexo.

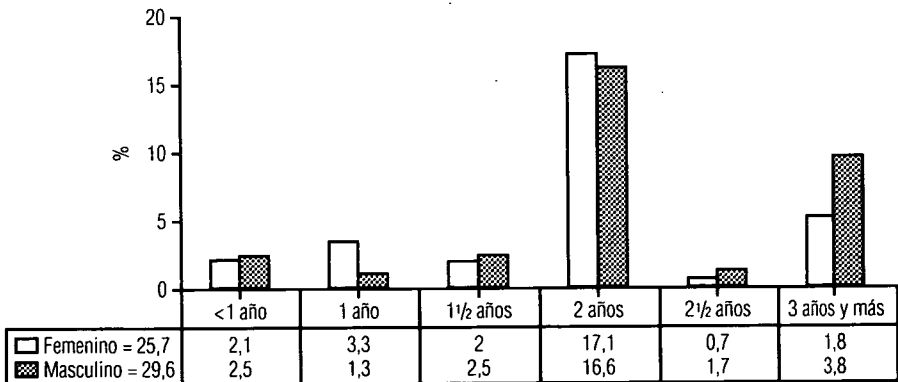
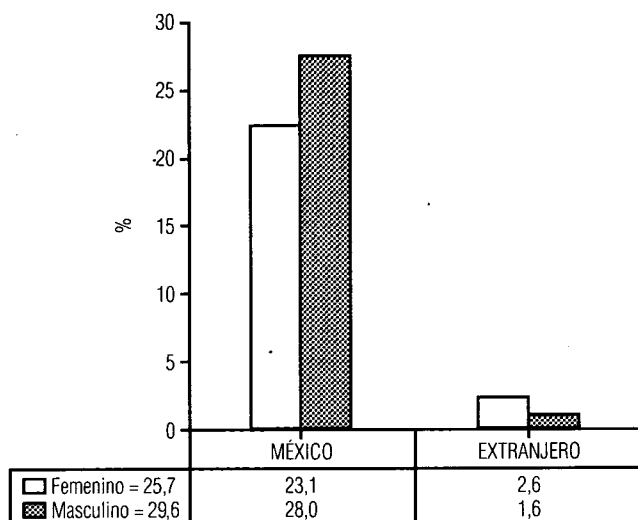
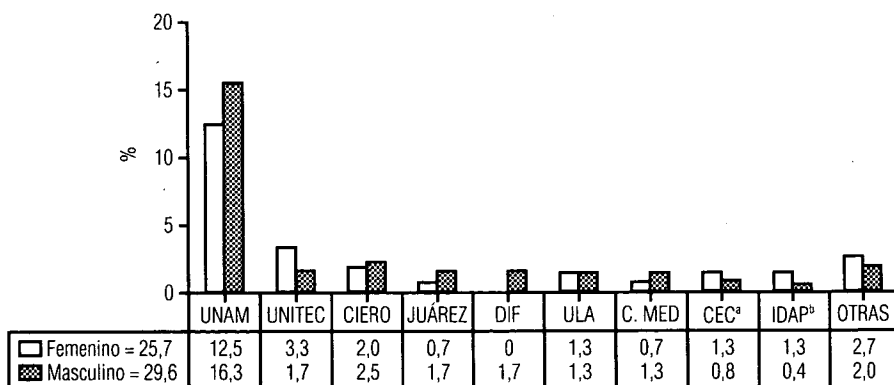


FIGURA 7. Distribución por sexo en estudios de posgrado por países.



Los porcentajes de odontólogos que han estudiado su posgrado en las diferentes instituciones formativas se muestra en la Figura 8. Nuevamente destaca la UNAM como la que mayor influencia ha tenido en este respecto, con un 16% del 29% global de hombres que estudiaron un posgrado, así como del 12% del 25% de mujeres posgraduadas. El Centro Médico, el Hospital Juárez y el DIF, aparecen como las instituciones que

FIGURA 8. Distribución por sexo en estudios de posgrado por institución.



^aCEO = Centro de Estudios Avanzados en Ortodoncia
^bIDAP = Instituto de Desarrollo y Actualización Profesional.

menor proporción de mujeres han preparado para la práctica privada de la profesión.

DISCUSIÓN

Si bien la práctica privada sigue representada por un 61% de hombres en relación con un 39% de mujeres (Figuras 1 y 2), el hecho de que actualmente se encuentren egresando 3,3 mujeres por cada hombre muestra una tendencia muy significativa en cuanto a las proyecciones futuras, ya que el porcentaje de mujeres estudiando la carrera de odontología sigue representando un promedio del 64% del total. Esto manifiesta de manera clara que la participación de la mujer, dado el contexto social y económico, aumentará de modo que aproximadamente para la mitad de la década de los noventa esta participación será mayoritaria. Esto no es muy difícil de prever, ya que el número de odontólogas que iniciaron su práctica en quinquenios anteriores a 1960, decrecerá en una proporción importante, dando paso a aquellos que la iniciaron en quinquenios posteriores en los que la presencia de la mujer se mostró comparativamente en mayores cantidades. Por otro lado, el número de graduados en la década de los ochenta fue significativamente mayor al de las décadas anteriores. Una muestra de esto se observa en el número de graduados de 1983 a 1988 que fue de 28.508, en comparación con el de 1960 a 1964 que fue de 1.221 (7). Es decir, hubo un incremento de más de 23 veces en el número de graduados en el mismo lapso de cinco años, en un período de 23 años.

En la comparación por sexos de los porcentajes de egresados por institución educativa en el Distrito Federal y Estado de México (Figuras 3 y 4), es necesario considerar que esta distribución abarca la totalidad de los odontólogos que actualmente se encuentran en la práctica privada en la ciudad y valle de México. Por tanto, su apreciación y análisis debe hacerse tomando en cuenta, por un lado, la antigüedad de la misma institución educativa y por otro, la posibilidad de que existan otros egresados que no tienen práctica privada sino solo institucional (como por ejemplo solamente en docencia o en servicio), y por tal motivo no aparecen en la muestra a pesar de haber efectuado sus estudios en alguna institución aquí considerada.

La UNAM, que comenzó a producir egresados en 1908 y que aún en 1989 mantenía un porcentaje de mujeres estudiando la carrera que sobrepasaba al de hombres (67% del sexo femenino sobre el 33% del masculino), presenta un mayor porcentaje acumulado de hombres que han egresado durante toda la historia de dicha institución. Esto es, 64% de hombres y 36% de mujeres. La UNAM, después de 82 años de estar produciendo egresados, ha acumulado el 56,2% (36,2% del sexo masculino y

20% del sexo femenino) del total de odontólogos actualmente practicando la profesión privadamente en la ciudad de México. Todas las demás escuelas juntas, incluida la del Estado de México (que aporta odontólogos a la ciudad de México) y excluida la Universidad del Ejército y Fuerza Aérea (UEFA), así como el Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud del Instituto Politécnico Nacional (CICS), que hasta 1989 no presentaron un número significativo de cirujanos dentistas que trabajen privadamente en el Distrito Federal, han producido el 43,8% restante de odontólogos privados que actualmente funcionan en la ciudad de México. Es conveniente considerar que estas escuelas comenzaron a producir egresados solo desde hace 15 años o menos, en contraste con la UNAM (CU), que como se mencionó anteriormente ha estado graduando cirujanos dentistas desde 1908.

El hecho de que haya una mayoría de egresados del sexo masculino se explica por un lado, por el aumento proporcional de mujeres estudiando la profesión que se ha dado de manera importante solo desde principios de la década de los ochenta, y por otro lado, porque se estima de manera especulativa que antes de 1980 el número de mujeres graduadas que abandonaban la profesión era mayor que el de los hombres.

Con esta tendencia histórica en mente, resulta interesante observar la forma en que se han estado produciendo profesionales del sexo femenino en cada una de ellas. En la Figura 3 vemos cómo ha correspondido a las dos ENEP el mayor aporte, tanto en el número total de odontólogos, como concretamente en el del sexo femenino, comparativamente con las demás escuelas, excluida desde luego, la UNAM (CU).

Por otra parte, si consideramos individualmente a cada universidad y comparamos los porcentajes de egresados para cada sexo, se puede ver (Figura 4) que solamente en la UAM el porcentaje de mujeres egresadas (64%) es mayor que el de los hombres (36%). En todas las demás, el porcentaje de hombres egresados es mayor; desde la ENEP-I y la UNITEC, con un 54% de hombres cada una, hasta la ULA, que presenta el 72% de egresados del sexo masculino y el 28% del femenino.

Es necesario, al igual que para la interpretación de muchos otros datos de este estudio, tomar muy en cuenta que el factor antigüedad de cada escuela juega un papel importante en estos resultados, ya que es relativamente reciente la observación de que el mayor porcentaje de alumnos de odontología en todo el país correspondía a la mujer.

En referencia con los porcentajes de hombres y mujeres que en 1989 se encontraban inscritos en escuelas de odontología del Distrito Federal y el valle de México (7), se presenta una situación que corrobora la tendencia mostrada por la evolución histórica de la producción de cirujanos dentistas del sexo femenino, y que seguramente reforzará de modo importante el futuro predominio numérico del sexo femenino en esta profesión en la ciudad de México.

Los porcentajes de mujeres estudiantes de odontología en las escuelas de esta región en 1989, muestran desde un 72% en el CIS y 67% en la UNAM (CU), hasta un 29% en la ULA y el 0% en la UEFA. El promedio del total de estas escuelas se sitúa en el 64% (7). En referencia con las especialidades clínicas, siendo globalmente mayor el número de cirujanos dentistas de sexo masculino, predomina también este sexo en el número de especialistas en la mayor parte de las áreas. Sin embargo, si consideramos individualmente a cada una de ellas, se observa que a pesar de haber más hombres que mujeres en la profesión, esto no es así en todas las especialidades. Vemos que en la odontopediatría, donde a pesar de existir en la actualidad en el gremio de la ciudad de México seis hombres por cada cuatro mujeres aproximadamente, los porcentajes de profesionales hombres y mujeres que la practican (tomando 100% para cada sexo) se divide por igual, 2,0% para cada uno.

Es interesante observar (Figura 5) que en especialidades tales como la patología bucal el número de mujeres sobrepasa el de los hombres que han efectuado estudios en esta especialización.⁴ No obstante, el porcentaje es mayor en los hombres. Esto puede explicarse por el hecho de que en esta especialidad es mayor el número de hombres que además de tener dicha especialidad, desempeñan una práctica privada (característica indispensable para ser incluidos en este estudio), en contraste con la situación de que las mujeres tienen proporcionalmente una menor práctica privada y una mayor dedicación a una práctica exclusivamente institucional de la patología bucal (el no mantener una práctica privada fue motivo de que no se incluyeran en este estudio). Una explicación semejante puede darse al hecho de que siendo significativo el número de mujeres que han estudiado en el DIF, la cifra para esa institución en la Figura 7 aparece como 0% ($0% < 0,5%$).

La distribución tanto del porcentaje de hombres como de mujeres que han estudiado un posgrado (Figura 6), así como el tiempo dedicado a dichos estudios, no parecen indicar grandes diferencias en cuanto a su apreciación global. Es decir, los porcentajes del total de hombres y mujeres con consultorio privado que han estudiado un posgrado es bastante similar, predominando para ambos sexos una duración de dos años. De igual manera, el tiempo que ambos sexos le han dedicado a esos estudios se distribuye también de modo semejante.

La distribución por sexos en estudios de posgrado por institución educativa se presenta en la Figura 8. Destaca la situación de ser la UNAM (CU) la institución donde mayor número de odontólogos, tanto del sexo masculino como del femenino, han llevado a cabo sus estudios de posgrado.

⁴ Archivos de la UAM-Xochimilco. Curso Diagnóstico Integral y Patología Bucal.

Habría nuevamente que tomar en consideración el hecho de que esta Facultad es entre todas la más antigua y desde luego, la que cuenta con la mayor cantidad de fondos económicos que ninguna otra para estos propósitos.

Llama la atención el que los estudios de posgrado no siempre se llevan a cabo en alguna institución universitaria, ya que existen instituciones tales como hospitales dependientes de instituciones de servicio, así como centros privados dedicados exclusivamente a estudios de posgrado.

La participación de la mujer como estudiante de posgrado ha seguido la misma tendencia que la de su práctica privada. Esto es, no ha sido sino hasta la década de los ochenta que se ha comenzado a destacar la presencia femenina, tanto en la práctica general privada, como en los estudios de posgrado.

Tomando como base los datos obtenidos y presentados en este estudio podría decirse que la participación de la mujer en la carrera de odontología, tanto al nivel de licenciatura como de posgrado, será en breve plazo mayoritaria en el aspecto cuantitativo para la ciudad de México. Por otra parte, nada parece indicar alguna diferencia en cuanto a su nivel de preparación profesional en relación con el sexo masculino.

REFERENCIAS

- 1 Ramírez Bautista E, Dávila Ibáñez H. Trabajo femenino y crisis en México. Tendencias y transformaciones actuales. 1990: Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana. 171.
- 2 Ahlberg K. The careers of women dentists in the university. *Int Dent Jour* 1990;40:135-138.
- 3 Reese AJ, Lipton JA. Contribution of women dentists to dental research. *Int Dent Jour* 1990;40:139-141.
- 4 Smith N, Farina R. Beneath the veneer of sex equity in education. *Educ considerations* 1990;11(2):29-33.
- 5 Kaunda Mmembe C. A look to careers of women dentists in developing countries. *Int Dent Jour* 1990;40:145-148.
- 6 Telivuo L. Women dentists in national dental organizations and the FDI. *Int Dent Jour* 1990;40:131-134.
- 7 ANUIERS. Anuario Estadístico. Licenciatura. Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior. México; 1989.
- 8 Geiringer A. *La práctica odontológica en Venezuela*. Venezuela: Alfa Impresores; 1989.
- 9 López Cámara V, Lara Flores N. Práctica odontológica en la Ciudad de México. Estudio del modelo dominante. Temas Universitarios No. 5. Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana; 1982.

NOTICIAS

PASCAP: 15 AÑOS PROMOVRIENDO EL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD EN CENTROAMÉRICA

Desde su fundación en 1979, PASCAP, el programa descentralizado que funciona como brazo operativo del Programa Regional de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS, coopera con los países de Centroamérica y la República Dominicana en el desarrollo de los recursos humanos en salud.

Durante los 15 años de su existencia PASCAP ha colaborado con los países en la formulación e implementación de políticas, abordajes y enfoques metodológicos para la planificación, formación, capacitación y utilización de los recursos humanos en salud. Esto ha hecho que el Programa haya tenido que irse transformando para acompañar los procesos de cambio en las políticas de salud pública que han adoptado los gobiernos de la subregión.

En los últimos años PASCAP ha promovido y apoyado junto con los países, espacios de discusión sobre el papel de los recursos humanos en salud en los procesos de cambio. Para tal efecto se han realizado foros nacionales y regionales en casi todos los países, contando con una amplia participación de funcionarios de los ministerios de salud, de las instituciones de seguridad social, de las universidades y otras instituciones del Estado, así como de líderes comunitarios y otros actores sociales vinculados al quehacer en salud.

Este esfuerzo que ha permitido la identificación de los problemas más apremiantes en la subregión, alcanzó un momento culminante en el foro subregional que se celebró del 21 al 23 de julio en Costa Rica, con motivo de la conmemoración de los 15 años de PASCAP. El foro, que contó con la participación de todos los países de Centroamérica, Belice y República Dominicana, así como con la participación de altos funcionarios del sector salud, de las universidades y de los Representantes de la OPS/OMS en los países constituyó un espacio para reflexionar y construir propuestas de trabajo para el desarrollo de los recursos humanos en función de la reforma del sector salud. El evento fue un reconocimiento al recurso humano como protagonista para el logro de las metas que los gobiernos, varios de ellos iniciando su gestión, se han propuesto en el campo social en general y en el de la salud en particular.

El momento culminante del foro lo constituyó la sesión plenaria del Consejo Técnico Asesor de PASCAP integrado por los Directores Generales de Salud y los Gerentes Médicos de la Seguridad Social, dado que esta instancia presentó a los Ministros de Salud, al Director de la OSP y al Secretario General del SICA, un documento titulado "*Propuesta para orientar el plan de acción para el desarrollo de los recursos humanos en salud en Centroamérica y República Dominicana hacia el año 2000*". Este documento establece los problemas más relevantes que enfrenta el campo de los recursos humanos en salud en la subregión y determina las líneas de acción para modificar la situación prevaleciente.

El Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director de la Organización, el Dr. José Roberto Ferreira, Jefe del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos y otros altos funcionarios de la OPS en Washington asistieron al foro y expresaron también su reconocimiento al protagonismo de los recursos humanos en el campo de la salud. Enaltecíó este evento la participación del Dr. Roberto Herrera Cáceres, Secretario General del Sistema de Integración de Centroamérica.

ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN EN RECURSOS HUMANOS EN PARAGUAY

Del 9 al 27 de mayo de 1994 se realizaron en la ciudad de Asunción, Paraguay, diversas actividades de capacitación en el campo de desarrollo de recursos humanos en salud. El objetivo de estas actividades fue promover la incorporación de una perspectiva integral —en las dimensiones de la teoría y la práctica— en los diversos niveles de la Gestión del Ministerio de Salud y Bienestar Social (MSYBS) del campo de recursos humanos en salud. Las actividades fueron parte de un esfuerzo conjunto entre el Ministerio y la OPS para desarrollar la adecuada capacidad de gestión de recursos humanos que permita orientar las transformaciones sectoriales que se vienen dando en el marco de la transición democrática y sus cambios institucionales.

La cooperación técnica de la OPS/OMS está orientada a colaborar activamente en el logro de los objetivos estratégicos asumidos por el MSYBS: la descentralización y la creación del Sistema Nacional de Salud (ambos procesos son mandatos de la Constitución de 1992).

Dado que los desafíos urgentes de esta hora en el ámbito específico de los recursos humanos en salud son la organización y el funcionamiento eficaz y eficiente de la estructura de recursos humanos a nivel del Ministerio y en los niveles locales, el establecimiento y la vigencia de reglas de juego legales que ordenen la vida laboral en el sector, el desarrollo del Instituto Nacional de Salud y el planteamiento de una política nacional

de recursos humanos, se programó el *Taller sobre Recursos Humanos con la Alta Dirección del MSYBS*. Durante tres tardes se realizaron reuniones muy activas donde participaron los Directores Generales y el equipo técnico y administrativo de Paraguay, coordinadas por la Representación de la OPS/OMS en el país, con la finalidad de sensibilizar al equipo conductor del MSYBS y analizar los principales problemas del campo, desde una perspectiva integral y estratégica. El balance de esta actividad ha sido muy positivo, no solamente porque se lograron sus objetivos sino también por el hecho inusual en la práctica de cooperación técnica de contar con la participación continuada e interesada de las máximas autoridades del sector.

A continuación se realizó un *Curso de Desarrollo de Recursos Humanos para el Personal de Administración de Personal* orientado al análisis de los principales problemas realmente existentes en la práctica de gestión de recursos humanos en las instituciones de salud. En esta actividad participaron quince funcionarios de las diversas regiones del país. Seguidamente fue necesario programar, dado el interés suscitado y a solicitud tanto del personal administrativo como de la dirección ministerial, un *Taller de Planificación Estratégica de Recursos Humanos* para los directores regionales y de las grandes unidades de servicios.

El enfoque utilizado en estas actividades fue la problematización y se insistió en profundizar en el análisis e interpretación de aquellas situaciones problemáticas de la práctica de gestión de recursos humanos identificadas por los participantes. A partir de estos insumos se fueron desarrollando contenidos teóricos y se discutieron modalidades de acción y métodos de trabajo que permitieron la colaboración activa de los participantes en los ejercicios de análisis de práctica y en los ejemplos que se utilizaron para ilustrar las proposiciones teóricas. Como docentes de estas actividades participaron los Dres. Francisco Campos, Pedro Brito, Mario Rovere y José Paranaguá Santana, de la OPS, y como profesora invitada la Dra. Tania C. Nunes de la Fundación Oswaldo Cruz de Brasil. La organización y coordinación fue realizada conjuntamente por la Dirección de Recursos Humanos del MSYBS y la Representación de la OPS/OMS en Paraguay.

CONFERENCIA PANAMERICANA DE EDUCACIÓN EN SALUD PÚBLICA DEMOCRACIA Y EQUIDAD: REFLEXIÓN SOBRE LA SALUD PÚBLICA

Del 14 al 18 de agosto de 1994 se llevó a cabo en la Escuela de Salud Pública de la Fundación Oswaldo Cruz, en Rio de Janeiro, y en

homenaje a sus cuarenta años de vida, la I Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública y la XVI Conferencia de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública.

La reunión contó con la participación de 140 directores de las escuelas y programas de formación en salud pública de las Américas, miembros de ALAESP y ASPH, representantes de organizaciones financieras y de fomento, representantes de instituciones de educación en salud pública de Europa y funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud.

El eje de las presentaciones y discusiones de grupos giró alrededor de las propuestas y experiencias de las reformas en salud que están llevándose a cabo en las Américas, sus repercusiones sobre la teoría y la práctica en salud pública y los retos para la educación en este campo.

Los grupos de discusión llegaron a establecer bases de consenso en cuanto a la necesidad de un nuevo sistema que reemplace al actual basado en la enfermedad; la reformulación del objeto de la salud pública, transdisciplinariedad, trabajo multisectorial e interpretación de la salud como capacidad; la mediación entre el conocimiento científico y saberes-técnicos, actores sociales y formuladores de políticas y campo de la salud y ambiente-vida, estableciéndose así el objeto de la salud pública como salud/enfermedad/atención/movilización de los sujetos comprometidos; la creación de redes, la desvinculación administrativa entre las escuelas y las facultades de medicina, el fortalecimiento de la investigación interdisciplinaria, y la integración de los avances teórico-metodológicos ocurridos en el ámbito de la educación.

Durante la reunión se llevaron a cabo sesiones simultáneas en las que se debatieron asuntos importantes de carácter teórico, metodológico y técnico relacionados con la salud pública. Además, se visualizaron formas más ágiles de cooperación entre las distintas escuelas y programas de formación en salud pública del Continente y se eligieron a los nuevos directivos de ALAESP. El Dr. Aduino Gonçalves Araújo fue nominado presidente de la Asociación.

La Primera Conferencia Panamericana de Salud Pública también elaboró la "Declaración de Río: Equidad, Sustentabilidad, Democracia: Salud y Educación en Salud Pública para el Siglo XXI", que se transcribe en la sección Documento de este número.

SEGUNDA CELEBRACIÓN DEL DÍA INTERAMERICANO DEL AGUA

La Organización Panamericana de la Salud en cooperación con la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS)

y la Asociación Caribeña de Agua y Aguas Residuales (CWWA), patrocinaron el segundo Día Interamericano del Agua de la Región, que se celebró el sábado 1 de octubre del año en curso. Esta conmemoración, que en los años subsiguientes tendrá lugar el primer sábado de cada mes de octubre, sirvió para poner de relieve la importancia del agua como uno de los factores claves de la buena salud, para enseñar su uso apropiado y eficaz a la gente y para promover el inicio de actividades comunitarias continuas que hagan hincapié en la conservación y la protección de nuestros recursos hidráulicos.

La celebración de este día especial se apoyó en la Declaración del Día Interamericano del Agua, firmado por las tres organizaciones mencionadas en ocasión del XXIII Congreso Interamericano de AIDIS celebrado en La Habana en noviembre de 1992. Basándose en la Declaración de Río de Janeiro sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo celebrada en junio de 1992, —la cual propone el principio del desarrollo sostenible y que los seres humanos, como “el centro de las preocupaciones relacionadas” con dicho desarrollo “tienen derecho a una vida saludable y productiva en armonía con la naturaleza”—, los firmantes de la Declaración del Día Interamericano del Agua convencidos de que el agua es indispensable para el bienestar y el desarrollo socioeconómico de los países de las Américas, exhortaron a todos los gobiernos, organismos internacionales, organizaciones no gubernamentales, municipios, el sector privado y las comunidades a que utilicen el mencionado día para “llamar la atención sobre los problemas relacionados con el suministro de agua potable y la conservación y protección de los recursos hídricos”. Además, la Declaración insta a estos grupos a aprovechar este día especial para llevar a cabo actividades educativas e informativas con la finalidad de aumentar los conocimientos de la población.

Se espera que la celebración del Día Interamericano del Agua en los años venideros no sea solamente un acontecimiento de un día, sino más bien que marque el punto culminante de un programa anual de actividades relacionadas con el agua y encaminadas a despertar la conciencia de la gente y a motivarla. Para tal fin, La OPS, la AIDIS y la CWWA exhortaron a las instituciones del gobierno, las ONG, los grupos de la comunidad, las empresas locales, los medios de comunicación, los profesores, la comunidad de la salud y a todos los demás a que trabajen juntos para enseñar a la gente la importancia del agua para la salud y bienestar general, y para fomentar un espíritu de conservación y preservación de los recursos hidráulicos entre los ciudadanos de la comunidad.

DOCUMENTO

DECLARACIÓN DE RIO

Equidad, Sustentabilidad, Democracia: Salud y Educación en Salud Pública para el Siglo XXI

Los participantes en la I Conferencia Panamericana sobre Educación en Salud Pública llevada a cabo en Rio de Janeiro entre el 14 y el 18 de agosto de 1994:

Consideran que:

— La salud es un recurso fundamental para el desarrollo humano, pero las inequidades en el acceso a sus prerrequisitos básicos (en lo social, lo económico, lo político, lo ambiental y en la atención de la salud), significan una enorme pérdida de capacidad humana.

— Los cambios que ocurren en la mayoría de nuestros países pueden favorecer el alcance de los objetivos y expectativas en salud pero pueden también profundizar las deficiencias del sistema de respuestas sociales a las necesidades en salud.

— La reforma en salud comprende tanto la reforma para la salud (que involucra los prerrequisitos básicos) cuanto la reforma de los sistemas de salud pública y atención médica como medio para asegurar la cobertura total de la población.

— El alcance de mayores niveles de equidad, la seguridad de una actividad económica que sea ecológicamente sustentable para las presentes y futuras generaciones y la promoción de una democracia participativa en la cual aquellos que toman decisiones acerca de la salud sean responsables ante quienes vean afectada su salud, son elementos esenciales para la promoción integral de la salud.

Declaran que:

— El papel de la salud pública consiste en fortalecer la capacidad de la sociedad para construir su salud y realizar completamente su potencial humano.

— A ese fin deberá desarrollarse una verdadera coalición que lidere y sostenga el diálogo sobre la salud pública involucrando a las

comunidades en un esfuerzo abarcativo para crear mejores condiciones para la salud dirigiendo los recursos de la sociedad para promover el desarrollo local y propiciando una descentralización del poder hacia los gobiernos locales, y

— Con relación a la reforma de los sistemas de salud pública y atención médica, deberá examinar críticamente las condiciones de eficiencia de la organización para ofrecer acceso universal a los servicios así como la eficacia y la calidad de las prácticas, que mejoren la salud de la gente.

Proponen que:

— La educación en salud pública deberá fortalecer el campo de la salud en sus tareas de implementar reformas para la salud focalizando sus acciones en primer término en los determinantes de salud y en la combinación de políticas, programas y actividades a todos los niveles requeridos que mejor promuevan salud procurando los más altos niveles posibles de desarrollo humano fundamentados en los valores de equidad, sustentabilidad, y democracia.

— Será necesario desarrollar una red de centros educacionales y productores de conocimiento con concepción transdisciplinaria e internacional que abarque desde la educación de la población hasta los niveles de formación doctoral. Las escuelas y programas de salud pública constituyen nodos importantes de esta red.

— A fin de contribuir efectivamente a la reforma para la salud y a la reforma de los servicios de salud pública y atención médica y a efecto de participar más efectivamente en la educación en salud pública las instituciones y programas involucrados deberán afrontar diversos desafíos:

a. El desarrollo de una nueva ciencia basada en un nuevo entendimiento de la salud.

b. El establecimiento de un transparente sistema de valores para la salud pública basado en la equidad, la sustentabilidad y la democracia.

c. El fortalecimiento de las relaciones entre los trabajadores de la salud pública y las comunidades locales por un lado, y entre el cuerpo docente y los estudiantes por el otro.

d. El fortalecimiento de las oportunidades de enseñanza interdisciplinaria a fin de que los estudiantes de salud pública puedan aprender integradamente al interactuar con esas disciplinas.

e. La valorización de métodos de investigación cualitativa en el mismo nivel de los cuantitativos reconociendo los aspectos relevantes de la sociedad como eje central de la calidad en la investigación.

f. El restablecimiento de un balance entre enseñanza e investigación, que desafíe la actual primacía de los incentivos que recompensan más la investigación y su diseminación que la enseñanza y la práctica.

En conclusión:

Reconociendo los profundos desafíos filosóficos, sociales y prácticos, impuestos por la necesidad de renovar la educación e investigación en salud pública, que pueda enfrentar la crisis y las necesidades de la reforma para la salud y la reforma de los sistemas de salud pública y atención médica, nos comprometemos a avanzar en el debate acerca de estos temas y al necesario desarrollo de los mismos, tanto a nivel nacional como subregional y regional.

— Asimismo, estimulamos a todas las instituciones involucradas, para que continúen apoyando el intercambio de ideas y experiencias en el campo de la educación e investigación en salud pública, a lo largo y ancho del continente americano.

LIBROS

RECURSOS HUMANOS Y SISTEMAS LOCALES DE SALUD

Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 99
Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, OPS, 1994
ISBN: 92 75 32133 7

El fortalecimiento y desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS) está planteando innumerables desafíos tanto a la acción nacional como a la cooperación internacional. Obviamente, tales desafíos se originan en los procesos mayores que los contienen y van más allá de la definición geográfico-territorial, o de los pertinentes ajustes de tipo administrativo o gerencial. En lo político, la cuestión supera la expresión democrática representativa, partidaria, proselitista. En lo técnico el problema consiste —dentro de un contexto de crisis— en aplicar apropiadamente el conocimiento disponible y generar un conocimiento nuevo e idóneo para las necesidades presentes. La cooperación externa parece estar cada vez más orientada a las inversiones que a los principios, métodos y esquemas operativos de referencia.

Superadas las barreras políticas y promulgadas algunas medidas regulatorias, la implementación del fortalecimiento y desarrollo de los sistemas locales necesita retomar su razón de ser. Su fin último no es la partición o delimitación interna de los sistemas, sino aumentar los esfuerzos para acercar la respuesta social organizada a la población y al ambiente. En otras palabras, la alternativa para el sistema de salud consiste en vitalizar a sus dirigentes, no solo al director o al jefe de la institución o sistema local, sino también a los dirigentes en su dimensión colectiva, de conjunto, de equipo. Esto requiere tomar más en cuenta la realidad, para lo cual son fundamentales las potencialidades y exigencias de la pedagogía.

Por todo lo expuesto, se necesita un impulso adicional para ordenar los esfuerzos y recursos educativos, sobre todo públicos, y de este modo dar origen a una acción concertada más eficiente y efectiva en cuanto a la promoción y protección integral de la salud. A ello apunta la presente

publicación. En ella se resumen algunas ideas sobre el particular, que se pretenden sean también el marco de directrices dentro del cual la OPS ordenaría sus esfuerzos de cooperación conjunta.

La propuesta de este libro asume como responsabilidad primaria en el futuro inmediato tres grupos-objetivo de capacitación en servicio en salud pública. El de los equipos de dirección, que rebasa el nivel directivo formal para alcanzar también a los jefes de programas o expertos con capacidad de influir en la toma de decisiones; el de los especialistas o trabajadores especializados en epidemiología, administración u otras áreas de la práctica profesional, y el de los trabajadores operativos, tengan ellos la responsabilidad funcional general del sistema o la prestación de servicios.

El libro que reseñamos está dividido en dos partes. La primera, basada en las conclusiones de una reunión latinoamericana celebrada en 1992, reafirma las directrices generales para el desarrollo de los recursos humanos para los SILOS. En ella se abordan temas como la necesidad de la reforma del Estado, las facetas conceptuales inherentes a los SILOS, el modelo de atención de salud, la situación y tendencias en cuanto a la capacitación de los recursos humanos y los elementos de reorientación. La segunda, que es una síntesis de los adelantos producidos por la Organización, así como de los aportes de experiencias nacionales y de dos talleres celebrados en el Cono Sur y la Subregión Andina en 1993, delinea los términos de referencia y objetivos en cuanto a liderazgo, conducción y capacitación en los SILOS, y los marcos conceptual, referencial, metodológico y estructural de la propuesta.

Los interesados en obtener esta publicación deben dirigirse al Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Organización Panamericana de la Salud, 525 23rd St., NW, Washington, DC. 20037.

E DUCACIÓN PERMANENTE DE PERSONAL DE SALUD

Por Jorge Haddad Q., María Alice Roschke y Cristina Davini

Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 100
Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, OPS, 1994
ISBN: 92 75 32134 5

Esta obra compila los resultados de una experiencia de diez años en diversos países de la Región de las Américas a propósito del desarrollo de una propuesta educativa para los trabajadores de salud del continente,

construida alrededor del trabajo en salud como eje para el aprendizaje, como fuente de conocimientos y como objeto de transformación. A la vez, plantea una serie de cuestiones que son fundamentales para dar continuidad al esfuerzo que ha implicado su formulación. A través de sus diferentes capítulos, la obra "articula problemas de orden conceptual con el desarrollo metodológico, incorpora el debate sobre asuntos de reciente preocupación (la gestión de la educación permanente, la calidad de la atención y del servicio), retoma cuestiones que fueron planteadas desde el inicio, pero que no fueron suficientemente dilucidadas en esa etapa (el proceso de trabajo, la dimensión estratégica de la EPS), y provee elementos para el desarrollo de nuevos proyectos de trabajo y para continuar el proceso de construcción colectiva de la propuesta en cuestión".

La publicación se organiza en cinco secciones. La primera facilita la comprensión de la influencia que el contexto socio-político-sanitario tiene en el proceso de la salud y en la educación de los trabajadores. En la segunda se sistematizan propuestas y reflexiones alrededor de la educación como herramienta de desarrollo de los servicios para perfeccionar el proceso de trabajo en salud con calidad y equidad. La tercera sección destaca la potencialidad educativa del proceso de trabajo a la vez que profundiza el enfoque de la problematización y el conocimiento significativo en salud. Las cuestiones relacionadas con la identificación de necesidades de intervención educativa, del monitoreo y seguimiento de las estrategias para resolverlas, y de su evaluación se abordan en la cuarta sección, y finalmente, la última destaca la contribución de la investigación para ampliar los espacios de análisis y reflexión alrededor de la acción de los servicios y de las prácticas en salud.

El grupo de autores incluye a educadores como M.C. Davini y M.A. Roschke; investigadores como A. Chorny; enfermeras como C. Collado, y médicos como E. Otero Ribeiro, J. Haddad, M. Rovere y P. Brito, que tuvieron a su cargo la responsabilidad de reorganizar los distintos capítulos que a su vez se alimentaron con los aportes de 14 colaboradores de distintos países y campos profesionales. Los problemas y temas tratados se ilustran con numerosos ejemplos de experiencias concretas ocurridas en distintos países y con opiniones de gerentes, trabajadores y usuarios de los servicios de salud de Latinoamérica.

El mérito más importante de este nuevo esfuerzo del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud se fundamenta, según los editores, en el valor que se le pueda otorgar "como incentivador de la reflexión colectiva, la crítica constructora y el debate sin restricciones, y que se constituya no solamente en el final de una etapa sino, más importante aún, en el punto de partida para una nueva, dentro del proceso permanente de construcción del camino hacia la transformación de las prácticas en salud".

Las personas que deseen adquirir esta publicación deben dirigirse al Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Organización Panamericana de la Salud, 525-23rd St., NW, Washington, DC. 20037.

ÍNDICE DEL VOLUMEN 28 (1994)

Educación Médica y Salud

A

- Actividades de enfermería en la Región, 314
- Administración de recursos humanos
una propuesta de trabajo, 139–147
y calidad de los servicios de salud, 478–489
- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID), 172, 179
- Alfaro, N. de, 301
- Andrade, N., 301
- Arenson-Pandikow, H. M., 279
- Argentina, 146, 212, 312, 522–544, 547
- Argento, G., 522
- Asociación de Escuelas de Medicina de Estados Unidos (AAMC), 58
- Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (ALAESP), 443
- Asociación Latinoamericana de Facultades (Escuelas) de Medicina (ALAFEM), 148
- Asociación Mexicana de Educación en Salud Pública (AMESP), 406, 413, 414, 415, 416, 440, 443, 458, 459
- Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina Veterinaria y Zootecnia (AMEFMVZ), 382
- Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM), 349, 350, 440, 442

- Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología (AMFEO), 370, 372, 440
- Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Veterinaria (AMFEV), 440
- Asociación Mundial de Educación Médica, 119
- Atención primaria, estudio evaluativo del Programa de Capacitación: talleres de, 234–248
- Australia, 84

B

- Bahamas, 150
- Baltodano, M., 301
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID), 172, 179, 180
- Banco Mundial, 172, 179, 180
- Barbados, 150
- Barbosa, J. V., 279
- Belice, 150, 310
- Bordin, R., 279
- Brasil, 147, 199, 200, 204, 286–300, 311, 312, 433, 444, 507–521
- Byrne, N., 53

C

- Calidad total—Nuevo recurso para los hospitales de América Latina: el ingeniero gerencial, 490–506
- Cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica, 7–19

- Cambios en la profesión médica y sus implicaciones. El caso del Perú, 94–124
- Canadá, 54, 72, 83, 84
- Capacidad de crítica de los estudiantes de medicina ante el quehacer médico, 249–261
- Capacitación
del personal en los procesos de educación permanente en los servicios, 424–431
estudio evaluativo del Programa de, 234–248
- Caraballo, L., 262
- Caracterización de la enseñanza de la odontología y la vinculación docencia-servicio en México, 370–379
- Carbonetti, A., 522
- Carta de Ottawa, 1986, 59, 78
- Castrillón A., M. C., 269
- Centro de salud pública de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, 151
- Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME), 433, 444
- Chile, 235
- Colombia, 149, 180, 262–268, 269–278
- Conferencia Mundial de Educación Médica, Edimburgo, Escocia, 7, 148
- Conferencia Panamericana de Educación Médica, XIV, 149
- Conferencia Sanitaria Panamericana, V, 432
- Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública, V, 460
- Congreso Mundial de Medicina Veterinaria, 382
- Congreso Mundial de Medicina Veterinaria, 382
- Congreso Panamericano de Ciencias Veterinarias, XIII, 385
- Congreso Regional de la Asociación Internacional de Epidemiología, II, 460
- Cooperación técnica de la OPS/OMS en el desarrollo de los recursos humanos: un nuevo desafío, 432–446
- Córdoba Villalobos, J.A., 341
- Costa Rica, 94, 146, 547
- Cuba, 199, 547
- Cumbre Mundial de Educación Médica, 125, 136
- Curso Latinoamericano de Desarrollo de Recursos Humanos para Salud (CLARHUS), 311
- D**
- Davini, C., 211
- Declaración de Edimburgo, 1988, 58, 75
- Declaración de Río, 581–583
- Del Juramento Hipocrático a la ética de la salud pública, 3–6
- Desarrollo de la teoría y la práctica de la salud pública, 458–460
- Documento de Posición de América Latina ante la Conferencia Mundial de Educación Médica, Edimburgo, Escocia, 125–138
- Domingos J., A., 286
- Dominica, 150
- Durante Montiel, I., 341
- Dussault, G., 478
- E**
- Educación médica (*véase también* Educación permanente)

Educación médica (*cont.*)

- capacidad de crítica de los estudiantes de medicina ante el quehacer médico, 249–261
- caracterización de la enseñanza de la odontología y la vinculación docencia-servicio en México, 370–379
- Documento de Posición de América Latina ante la Conferencia Mundial, Edimburgo, Escocia, 125–138
- el reto frente a los nuevos paradigmas económicos y tecnológicos, 20–52
- enseñanza de la medicina veterinaria en México y su vinculación con la sociedad, 380–394
- evolución y tendencias de la matrícula médica en la provincia de Córdoba,
- hacia la consolidación del sistema nacional de enseñanza en salud pública, 405–423
- los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la, 7–19
- los resultados alcanzados en el desarrollo de proyectos innovadores, 395–404
- profesionalización del personal auxiliar de enfermería, 211–222
- resultados alcanzados en el desarrollo de proyectos innovadores en las áreas de salud, 395–404
- tendencias actuales y propuesta de orientación en América Latina, 53–93
- Educación permanente
 - capacitación del personal en los procesos de, 424–431

- desarrollo de recursos humanos a través de la, 301–309
- Encuentro sobre el Papel de la Universidad Latinoamericana en la Salud de la Población, 150
- Enfermería
 - actividades en la Región, 314
 - desarrollo académico en México, 355–369
 - profesionalización del personal auxiliar de, 211–222
- Enseñanza de la medicina veterinaria en México y su vinculación con la sociedad, 380–394
- Epidemiología, capacitación de médicos en, 545–555
- Escarza, M.A., 447
- Escocia, 148
- España, 81
- Espino, S., 211
- Estados Unidos, 54, 56, 58, 69, 72, 83, 84, 88, 94, 150, 172, 179, 313
- Estudio evaluativo del Programa de Capacitación: Talleres de Atención Primaria, 234–248
- Eventos de capacitación avanzada en recursos humanos para la salud en México, 447–457
- Evolución y tendencias de la matrícula médica en la provincia de Córdoba, 522–544
- Experiencia mexicana del servicio social en medicina. Perspectivas de un trabajo conjunto, 341–354

F

- Federación Nacional de Facultades y Escuelas de Enfermería (FENAFEE), 356, 358, 359, 440, 442
- Federación Nacional de Facultades y Escuelas de Enfermería y el de-

sarrollo académico de la enfermería en México, 355-369
 Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina (FEPAFEM), 1, 148, 149, 356, 358, 359
 Fernández, A. M. de, 545
 Ferreira, J. R., 2
 Filipinas, 71
 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 101, 545
 Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), 101
 Formación escolar, capacitación profesional y calidad de los servicios de salud, 157-170
 Francia, 54, 199
 Fuente, J. R. de la, 331
 Fundación Josiah Macy Jr., 69
 Fundación Robert-Wood Johnson, 56, 57, 69
 Fundación Rockefeller, 69
 Fundación W. K. Kellogg, 69

G

Gallegos, E. C., 355
 Gay Jiménez, F. R., 380
 Gómez T., G. E., 269
 Granada, 150
 Guatemala, 545, 546-549, 552, 554
 Gutiérrez Ávila, H., 331
 Gutiérrez-Trujillo, G., 424
 Guyana, 150

H

Hacia la consolidación del sistema nacional de enseñanza en salud pública, 405-423

Heredia, A. M., 211
 Hernández García, A., 341
 Hernández Zinzún, G., 341
 Hidalgo Wong, V., 341
 Holanda, 84
 Honduras: desarrollo de recursos humanos docentes e institucionales a través de la educación permanente, 301-309
 Horwitz C., N., 234
 Hurtado, M., 171

I

Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP), 545, 546, 547, 548, 549, 552, 553, 554
 Italia, 79, 81

J

Jamaica, 150
 Japón, 94

K

Krieger M., C. A., 279
 Kumate-Rodríguez, J., 316

L

León González, M., 432, 447
 Libros, 153-155, 584-587
 Lip, C., 94
 López, M. J., 317
 López Cámara, V., 562

M

- Machado, M. H., 199
 Machuca, M., 545
 Márquez S., M., 447
 Martínez Calvo, S., 556
 Martínez, R. de, 301
 Martínez León, C. J., 341
 Martínez Rodríguez, A. R., 370
 Medici, A. C., 20
 Medicina veterinaria, la enseñanza en México y su vinculación con la sociedad, 380-394
 Mendes Gonçalves, R. B., 20
 Mendoza, N., 301
 Mercado Común del Sur (MERCOSUR), 151
 México, 71, 94, 317-461, 311-312, 447-457, 458, 460-461, 547, 562-575
 Moriel, L., 355
 Mozambique, 71
 Muñoz, M. G., 234

N

- Nájera Nájera, R. M., 395
 Naranjo, P., 6
 Nigenda, G., 463
 Noticias, 148-152, 310-314, 458-461, 576-580
 Novaes, H. M., 490
 Nunes, E. D., 507
 Núñez-Maciel, E., 424

O

- Ochoa D., J. A., 234
 Odontología
 caracterización de la enseñanza y la vinculación docencia-servicio en México, 370-379

- formación de la mujer a niveles de licenciatura y posgrado, 562-575
 Oliber, M., 522
 Organización Panamericana de la Salud, 1, 53, 55, 101, 110, 148, 150, 173, 212, 214, 216, 310, 311, 406, 414, 416, 432-446, 432, 441, 443, 444, 445, 458, 459, 545, 546, 548, 552, 553, 554
 cooperación técnica en el desarrollo de los recursos humanos: un nuevo desafío, 432-446
 Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, 139, 141, 148

P

- Países Bajos, 81
 Pediatría: projeto integrado de avaliação do ensino médico, 279-286
 Perú, 94-124, 151
 Pew Charitable Trusts, 69
 Pierantoni, C. R., 199
 Piña Garza, E., 331
 Planificación de recursos humanos para la salud. Papel del Estado y de los grupos profesionales, 463-477
 Portilla Robertson, J., 370
 Posgraduado en salud colectiva en el Brasil: aspectos históricos y desarrollo de los cursos de maestría y doctorado, 507-521
 Prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludable en el desarrollo de la salud, 223-233
 Profesiones de salud: una formación cuestionada, 199-210

- Profesionalización del personal auxiliar de enfermería: una experiencia estratégica para la transformación de las prácticas de trabajo y docencia, 211–222
 Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX), 433
 Programa de Adiestramiento en Salud para Centroamérica y Panamá (PASCAP), 147, 310–311
 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 95, 310
 Promoción de la salud, prevención de comportamientos de riesgo, 223–233
 Propuesta metodológica para los contenidos de promoción y prevención del programa de medicina general integral, 556–562
 Proyecto de maestría en salud colectiva en el contexto sanitario, sociopolítico y científicotécnico de Colombia, 269–278
 Puerto Rico, 547
 Puentes-Markides, C., 171
- R**
- Recursos humanos
 administración y gestión de, 139–147, 478–489
 cooperación técnica de la OPS/OMS en el desarrollo de los, 432–446
 Curso Latinoamericano de Desarrollo de Recursos Humanos para Salud, 311
 desarrollo de docentes e instituciones a través de la educación permanente, 301–309
 eventos de capacitación avanzada en, 447–457
 planificación para la salud, 463–477
 Seminario de Planificación de, 149–150
 situación y perspectivas de la política nacional de formación de, 317–330
 y calidad de los servicios de salud, 478–489
 Reino Unido, 81
 República Dominicana, 310, 547
 Reseñas, 139–147, 269–309, 447–457, 545–575
 Resultados alcanzados en el desarrollo de proyectos innovadores de educación en las áreas de salud, 395–404
 Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, XLVII, 459
 Reunión Especial de Ministros de Salud, III, 101
 Reunión Nacional de la Asociación Mexicana de Educación en Salud Pública, VII, 459
 Ríos Ferrer, G., 370
 Ringeling P., I., 234
 Rodríguez, R. H., 522
 Rodríguez, M. de., 301
 Rozental, M., 53
 Roux, G. I. de, 223
- S**
- Saint Kitts, 150
 Salcedo, J., 545
 Salud colectiva, posgrado en, 507–521

Salud pública

- del Juramento Hipocrático a la ética de la, 3-6
- desarrollo y práctica de la, 458-460
- hacia la consolidación del sistema nacional de enseñanza, 405-423
- Reunión Nacional de la Asociación Mexicana de Salud Pública, VII, 459
- Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, XLVII, 459

Sandoval, R. J., 341

Santa Lucía, 150

Santos-Burgoa, C., 405

San Vicente, 150

Sarué D., E., 234

Schraiber, L.B., 20, 157

Seixas, J. C., 286

Seminario de Planificación de Recursos Humanos para el Caribe de Habla Inglesa, 149-150

Servicio social en medicina, la experiencia mexicana, 341-354

Servicios de salud, calidad de los, 478-489

Silva, J. A. de, 286

Situación y perspectivas de la política nacional de formación de recursos humanos para la salud, 317-330

Solís, S. E. de, 301

Sotelo Figueiredo, J. M., 432

T

Tailandia, 71

Talleres de atención primaria, es-

tudio evaluativo del Programa de Capacitación, 234-248

Tendencias actuales de la educación médica y propuesta de orientación para la educación médica en América Latina, 53-93

Tendencias da graduação na área da saúde no Brasil, 286-300

Tijerina González, L., 405

Tratado de Libre Comercio de Norteamérica, 150

Trijo Tavera, F. J., 380

Trinidad y Tabago, 150

U

Uruguay, 146, 148

V

Valdivia C., G., 234

Vargas López, R., 341

Vázquez, D. M., 447

Venezuela, 547

Villalpando-Casas, José de J., 317, 424

Viniegra, L., 249

Y

Ypiranga, L., 286

Z

Zeissig, O., 545

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

La Oficina Sanitaria Panamericana —denominada hasta 1923 Oficina Sanitaria Internacional— se originó a raíz de una resolución adoptada por la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos (México, enero de 1902) en la que se recomendaba celebrar “una convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las repúblicas americanas”. Dicha convención (Washington, DC, 2–4 de diciembre de 1902) estableció la Oficina con carácter permanente. El Código Sanitario Panamericano (La Habana, 1924), ratificado por los gobiernos de las 21 repúblicas americanas, asignó funciones y deberes más amplios a la Oficina como órgano central coordinador de las actividades sanitarias internacionales en las Américas. La XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, 1947) aprobó un plan de reorganización en virtud del cual la Oficina se convirtió en el órgano ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana, cuya Constitución fue aprobada por el Consejo Directivo en su primera reunión (Buenos Aires, 1947). Durante la XV Conferencia Sanitaria Panamericana (San Juan, Puerto Rico, 1958) se decidió cambiar el nombre de Organización Sanitaria Panamericana por el de Organización Panamericana de la Salud. La Oficina, en cambio, permaneció con el mismo nombre.

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

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

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

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

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

PLANIFICACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA
LA SALUD • GESTÃO DOS RECURSOS
HUMANOS • NUEVO RECURSO PARA LOS
HOSPITALES DE AMÉRICA LATINA •
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA NO
BRASIL • EVOLUCIÓN Y TENDENCIAS DE
LA MATRÍCULA MÉDICA • RESEÑAS •
NOTICIAS • DECLARACIÓN DE RIO • LIBROS

