

# Educación Médica y Salud

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

# E EDUCACIÓN MÉDICA 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 que incluyen el **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, revista mensual y órgano principal de información científica 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**

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

# Educación Médica y Salud

---

Volumen 29, No. 2  
Abril/junio 1995

## ARTÍCULOS

- 131 **Investigación en enfermería.** *José R. Ferreira*
- 139 **É possível curar as instituições estatais?** *Francisco de Assis Machado*
- 153 **La disyuntiva en la formación de recursos humanos en odontología en México.** *Gerardo Maupomé y Javier Díez de Bonilla*
- 164 **Sistema de informação sobre recursos humanos como instrumento estratégico para alcançar eficiência e democratização na gestão local de saúde.** *Mario Roberto Dal Poz*
- 174 **Factores asociados con la productividad médica.** *Armando Arredondo*

## RESEÑAS

- 189 **Aprendizaje en la acción ¿Es este el medio para capacitar gerentes de salud de los países en desarrollo?** *Zillyham Rojas, Peter Sandiford, Edward Coyle y Patricia Allen*
- 205 **Elaboración de un modelo observado y de evaluación sobre dotaciones de personal de salud en la municipalidad de Buenos Aires.** *Pablo F. Bonazzola, Alejandro Ascitutto, Héctor Sánchez y Josefina S. de Mendoza Padilla*
- 215 **La experiencia fructífera de los cursos de control de vectores en las provincias de Cuba.** *Carlos M. Finlay y Domingo Montada*
- 218 **Programas extramuros nas instituições de ensino de odontologia na América Latina e nos Estados Unidos da América. Contribuição ao estudo.** *Maria Esperanza Cortés Segura, Mário Sérgio Soares y Waldyr Antônio Jorge*

## 228 DOCUMENTO

## 236 NOTICIAS

## 239 LIBROS

**C**OMITÉ EDITORIAL DE EDUCACIÓN MÉDICA Y SALUD:

- Dr. Rodrigo A. Barahona, 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, Oficina de Publicaciones y Servicios Editoriales, OPS
- Dr. Jean Pillet, Banco Mundial
- Dr. Carlos Martini, American Medical Association
- Ing. Horst Otterstetter, División de Salud y Ambiente, OPS

# INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

*José R. Ferreira*<sup>1</sup>

---

Al final de 1994 se realizó en Chile el IV Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, con “el propósito de intercambiar hallazgos de la tarea investigativa en el quehacer de la profesión de enfermería, considerando que la enfermería no tiene fronteras, que estamos en los albores de un nuevo siglo y que la investigación constituye hoy y siempre un desafío para el desarrollo de esa disciplina”.

A ese planteamiento se debe agregar que es esencialmente prospectivo su respaldo histórico, que además de permitirnos fundamentar el grado de desarrollo que se ha podido alcanzar, pone a esta iniciativa —para nosotros en la OPS— en un nivel de maduración por los 20 años transcurridos desde que empezamos a apoyar este esfuerzo investigativo en el campo de la enfermería.

En su primera fase se promovió la preparación de un grupo seleccionado de enfermeros para el desarrollo de la investigación; seguidamente se realizaron reuniones de promoción que ayudaron a definir prioridades y establecer lineamientos de política de investigación; posteriormente se apoyó el estudio de las tendencias de investigación sobre la práctica de la enfermería en siete países de América Latina, y más tarde se organizaron jornadas nacionales en varios países para finalmente llegar a la programación de la serie de Coloquios Panamericanos realizados a partir de 1988, en Colombia, México, Panamá y por último en Chile.

El hecho de que se haya llevado a cabo este IV Coloquio, no solo comprueba el logro de los objetivos iniciales sino evidencia el impacto que este puede haber tenido en los distintos campos en que se han concentrado las investigaciones: desarrollo de la enfermería en el contexto político y social; salud de la población; formación y desarrollo de recursos humanos; mujer, salud y desarrollo, y servicios de salud.

Todo esto no solo involucra el esfuerzo de un importante contingente de líderes de la profesión de enfermería, sino además permite que otras entidades a nivel de las propias escuelas de enfermería, de los servicios de salud, de la seguridad social, de los Consejos Nacionales de Investigación,

---

<sup>1</sup> Ex Jefe del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

y hasta de entidades a nivel internacional respaldadas por el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID) de Canadá, se interesen y den su apoyo.

Es necesario destacar la dimensión que la investigación en enfermería alcanza, lo que lleva no solo a consignar la prestigiosa posición de “investigador”, sino también a dirigir el desarrollo de la profesión en su conjunto. De hecho, a través de la investigación se está ampliando la comprensión y la base de conocimientos necesarios para mejorar el cuidado de la enfermería; para perfeccionar la formación de los enfermeros; para ampliar el rol que pueden cumplir en los servicios y en la sociedad y para consolidar un *status* adecuado en el contexto de las profesiones de la salud.

Y es de esta sólida fundamentación de la evolución reciente del esfuerzo de investigación que se nutre el desafío presente y futuro que se pretende analizar en esta oportunidad. Desafío que para la misión de la enfermería representa cooperar en el ámbito de acción del cuidado individual y colectivo, para el desarrollo y perfeccionamiento del modelo social de prácticas de salud y el alcance de mejor calidad de vida con la satisfacción de las necesidades básicas de las personas en este campo.

Ese desafío tiene que ser enfrentado en el presente escenario de pobreza, con un perfil de acumulación epidemiológica desalentador y un incremento progresivo de costos de la atención debido a un conjunto de factores biológicos y sociales. Todo esto en un contexto de elevadas expectativas de un sistema adicto a la búsqueda interminable de tecnologías nuevas y usualmente caras que en la práctica ofrecen resultados no siempre satisfactorios. Se quiere tener acceso al último descubrimiento o al más reciente avance quirúrgico sin preocuparse por su real beneficio a mediano o a corto plazo y descuidando su potencial aplicación universal.

Con la superación de la etapa crítica de la crisis económica y la mejoría de la gestión macroeconómica y del desempeño fiscal en varios países, se enfrenta ahora la posibilidad de retomar el proceso de desarrollo; pero a pesar de la consolidación de algunos avances del pasado aún queda por enfocar la exigencia de la equidad y el saldo de la deuda social acumulada y reciente, consecuencia del propio ajuste.

El desafío para el cuidado de la salud está justamente en poder equilibrar la equidad, la eficiencia y la calidad, partiendo del principio de que quizás no se pueda perseguir la idea de alcance ilimitado de las tres. Equidad como justicia distributiva se asocia a la igualdad, a la idea de dar igual oportunidad a todos, prestando atención sin discriminación y de acuerdo con las necesidades reales. Y esto se ajusta más a la noción de calidad como pertenencia o relevancia social medida por la satisfacción de la gente; amplía por lo tanto el concepto de calidad tradicionalmente referido a la excelencia técnica.

Daniel Callahan define lo anterior como “un sistema de atención que busca no conquistar permanentemente toda la enfermedad y extender toda la vida” — dos claras imposibilidades — “sino que trata, por el con-

trario, de mejorar la calidad de vida; que procura no siempre sobrepasar las fallas y declinios del cuerpo, pero que ayuda a la gente a aceptar mejor su convivencia; que intenta mantener la visión de que salud es un medio para una vida decente, y no un valor en su propio derecho; que trabaja para ayudar a la sociedad a superar su deseo cada vez mayor de obtener calidad técnica y adelantos constantes en el cuidado de la salud”.

En 1992 Enrique Nájera manifestó que “en definitiva, debemos esforzarnos para promover, aunque pueda parecer ilógico al final del siglo XX, que las bases fundamentales para una política de salud, no sean ni la promoción de la salud, ni la prevención de la enfermedad (por las que tanto propugnamos en la OPS), ni la terapéutica empeñada en “curar”, sino simplemente el cuidar de la salud, el asistir a las personas y hacer esto posible en el seno de la sociedad y en el marco del análisis intersectorial del desarrollo social en un medio ambiente que busque la dignidad para vivir”.

No olvidemos que cuidar significa pensar y asistir; es detenerse, detenerse a pensar, para pensar de otra forma. Esa función de cuidar, pensar o asistir, en el contexto de la enfermería tiene una importancia fundamental.

La intención de este artículo no es provocar el debate entre curar o cuidar, máxime cuando etimológicamente son sinónimos; sin embargo, la evolución del uso llevó a diferenciar el término curar del de cuidar. La presión ejercida por la medicina logró ampliar el poder que otorgaba la sociedad hacia la meta ilimitada y a veces utópica, de poder superar, eliminar o resolver toda y cualquier desviación de la normalidad biológica. Incluso ahora con las perspectivas que abre el proyecto genoma, posiblemente hasta lo congénito podría eventualmente ser controlado.

Este hecho ha llevado a realzar la consideración del curar en desmedro de la acción de cuidar, que queda infravalorada y absolutamente supeditada al curar; consideración esta ampliamente respaldada por el llamado paradigma flexneriano pero que se restringe cuando se analizan los ejemplos de su extensión a niveles extremos y se verifica que aún con todo el recurso tecnológico que se pueda reunir a un costo verdaderamente estratosférico, la capacidad de curar se agota y cede lugar a la necesidad inherente de todo ser humano de recibir atención y cuidado profesional, independientemente de que este pueda tener menor contenido técnico-científico. Pero lo importante en todo este análisis es volver al significado mismo de cuidar y buscar en esta connotación de “detenerse a pensar de otra forma” el substrato de lo que aquí estamos tomando como la investigación en enfermería.

Esta inquietud surge al considerar el por qué de una investigación en enfermería. ¿Será suficiente y justificativo que esta investigación sea desarrollada por personal de enfermería? O más bien ¿se trata de una investigación sobre la enfermería? ¿o aún queremos con esto referirnos a una investigación sobre algún aspecto de salud pero bajo el prisma de la enfermería?

A lo mejor estas preguntas no se explicitaron cuando recién empezábamos este esfuerzo. La preocupación estaba centrada en la elevación del nivel de la formación y práctica de la enfermería y para esto en un primer momento lo importante era dar el paso inicial para alcanzar una masa crítica de profesionales del área con condiciones de dedicarse a explorar este campo con el instrumental de la investigación científica.

A medida que avancemos y alcancemos niveles de participación como se ha visto en el IV Coloquio de Investigación en Enfermería, tendremos que dedicarnos a perfeccionar el proceso asegurando la mejor calidad posible, en términos no solo de excelencia sino sobre todo, de relevancia, como respuesta a las necesidades de la sociedad. Este es el momento de conceder mayor importancia a la autoevaluación de lo realizado correlacionando el objeto de la investigación con las prioridades que se enfrentan en el ejercicio de la profesión y de ahí buscando analizar el posible impacto que se debería esperar o que de hecho se haya logrado, traducido en términos de mejor satisfacción de las necesidades básicas de las personas.

En este contexto la indagación que naturalmente ocurre, basada en la revisión de los proyectos realizados, se refiere primariamente a la identidad del objeto de la investigación.

¿En qué medida se están tomando en cuenta las necesidades reales del proceso de atención a la salud?

¿Hasta qué punto estas necesidades reales corresponden, en su esencia, al trabajo de los enfermeros? ¿Se refieren estas predominantemente a curar o a cuidar?

¿En qué grado han contribuido los resultados para una mejor comprensión y manejo de este objeto?

Pero también preocupa la posición del sujeto ante la tarea investigativa de la enfermería y surgen las siguientes preguntas:

¿Qué efecto ha tenido para los enfermeros este esfuerzo investigativo? ¿En qué medida ha contribuido para el perfeccionamiento del quehacer de la profesión?

¿Cómo se comportan los enfermeros-investigadores en relación con su área básica de trabajo? ¿Siguen siendo enfermeros o realmente se transforman en investigadores?

Quizás para contestar a esas preguntas tengamos que recurrir al planteamiento de Robert Reich — Ministro del Trabajo de los Estados Unidos— que en su magnífico ensayo sobre “El trabajo de las naciones” (*The Work of Nations*) expresó:

“El poseer una credencial profesional ya no es garantía de competitividad en el mercado laboral”, y agregó como sugerencia “la reagrupación de todo tipo de actividad en tres nuevas categorías, relacionadas

respectivamente con los servicios de producción rutinaria, los servicios personales, y los servicios simbólico-analistas”.

En la economía tradicional el profesional era aquel que dominaba un campo particular del conocimiento. El conocimiento preexistía, estaba disponible para ser aprendido y debidamente codificado con reglas precisas.

Hoy el dominio del conocimiento ya no es suficiente para garantizar la valoración del trabajo; lo que sí es reconocido es la capacidad de usar el conocimiento efectiva y creativamente. Esta concepción nos da elementos para superar la duda entre ser enfermeros o investigadores.

De hecho lo que se está generando es una nueva función simbólico-analista, que concentra en este campo todas las actividades relativas a la identificación y solución estratégica de problemas. Esas funciones simbólico-analistas se llaman así porque se desarrollan a través de la manipulación de símbolos. Su esencia está en la simplificación de la realidad en imágenes abstractas que pueden ser rearrregladas, experimentadas, comunicadas a otros especialistas y después, eventualmente transformadas otra vez en realidad.

La manipulación es hecha con instrumental analítico aguzado por la experiencia de uno, y esos instrumentos pueden ser algoritmos matemáticos, principios científicos, sistemas de inducción o deducción, abordajes psicológicos de persuasión, o cualquier otra técnica problematizadora conceptual.

Sin embargo, lo importante es asegurar que este enfoque sea de beneficio público, permitiendo la aplicación de su energía reactiva en la dirección correcta, sin consecuencias negativas.

Caracterizado en esta forma el rol de “investigación en enfermería” es obvio que este no se puede justificar por el *status* que eventualmente conceda a la profesión, y tampoco parece productiva la competencia que esta capacitación pueda agregar en un contexto interprofesional. Habría que precisar la influencia real que pueda tener sobre el conocimiento acumulado en salud, investigaciones sobre habilidades específicas, correspondientes a profesiones distintas.

Idealmente, si estamos valorando el trabajo en equipo se debería esperar aportes diferenciados de acuerdo con los roles que desempeñan en la atención a la salud cada uno de los profesionales involucrados. Y esto obviamente sería aún más importante por el carácter de complementariedad que estos roles y estas profesiones ofrecen en su interacción diaria.

Más aún, con un sentido todavía más ambicioso, pensaríamos en la posibilidad de que en el contexto de esta investigación en enfermería se pudiera rectificar algunas de las distorsiones generadas por el avance del conocimiento y de la práctica de atención a la salud, especialmente en este siglo.

Hablamos de una atención tecnificada, institucionalizada, socialmente segmentada y dependiente de un trabajo colectivo, en la cual se

diluyen la relación con el usuario y los criterios de ética y responsabilidad profesional. En especial, la plétora de conocimientos e información ha condicionado que uno de los principales espacios de práctica —el hospital— se transforme en verdadero centro de distribución de alta tecnología generando un modelo de atención en el que la excelencia técnica se asocia a la especialización, y la idea de calidad a lo sofisticado y de alto costo, lo que termina restringiendo su uso o aplicación a una minoría de mayor poder adquisitivo.

En este contexto tenemos que destacar el hecho de que es la práctica la que se muestra verdaderamente sofisticada y no el quehacer investigativo, que muchas veces es visto como algo complejo, refinado y de alto nivel. Hay que desmitificar la investigación y aceptarla como un instrumento de gran valor para la exploración diagnóstica de situaciones y análisis de los factores determinantes de las distorsiones que se observan en determinada práctica. Y hay que hacerlo aplicando la visión amplia de la epidemiología, con su abordaje colectivo y no como disciplina que estudia las enfermedades.

Y es ahí que corresponde retomar el cuidado de la salud del acto de detenerse a pensar de otra forma, que no solo complementa la acción de curar sino que en muchas ocasiones la reemplaza con más propiedad, involucrando en contraposición al puro contenido tecnológico un fuerte significado humanístico. En un artículo reciente de dos compañeros de trabajo, Enrique Nájera, que ya no está con nosotros y Pedro Brito, que integra el grupo de consultores de la OPS en Washington, este tema fue tratado con gran propiedad, llegando a una reflexión muy feliz, que dice: "Para curar hay que conocer 'la enfermedad', para cuidar hay que conocer la persona. Para curar, la persona no es más que la portadora del objeto, 'la enfermedad'; para el cuidar, la persona es el objeto".

Esta caracterización de lo que sería ciertamente el objeto prioritario de la investigación en enfermería empieza por demandar una movilización de conocimientos que sobrepasa el campo biomédico y se expande en aspectos socioantropológicos, psicológicos e incluso económicos, involucrando no solo la consideración del individuo enfermo como la ampliación hacia la comunidad sana y cubriendo las relaciones técnicas que se dan en el contexto institucional y las sociales en toda su extensión.

No queremos con este planteamiento rechazar el ámbito biomédico, igualmente importante como escenario predominante del trabajo de enfermería; sin embargo, hay que enfatizar que la diferenciación que justifica, en último análisis, esta investigación y que pueda darle fuerza como generadora de conocimiento específico, es justamente el abordaje de lo biomédico en estrecha articulación con los aspectos sociales inherentes a su función implícita de cuidar.

Por otra parte, la aceptación de este enfoque introduce de inmediato otra limitante, que aunque esté ya implícita vale la pena mencionar, y que tiene que ver con el contexto cultural en que se desarrolla toda esta

actividad. Es más fácil trasladar el curar a un ámbito internacional que el cuidar, estando este último mucho más dependiente de las circunstancias locorregionales predominantes en cada sociedad. Esto indica que, sin prejuicio de estudios comparativos que se puedan desarrollar a nivel internacional, sería importante analizar críticamente los modelos investigativos importados tratando no solo de evitar orientaciones incoherentes para el contexto sociocultural, sino también para romper con la tendencia repetitiva de investigar lo que aparece en las revistas de mayor prestigio, en el intento de confirmar los mismos resultados como verdades científicas.

Lo trascendente en todo esto es tener presente que la dinámica de todo el esfuerzo investigativo, que puede interesar a la enfermería, tendrá que considerar en forma integrada los aspectos biológicos, sociales y económicos, jugando con la evolución acumulativa de las causas, el control realista del potencial tecnológico y la reorientación del apetito de la misma sociedad por una creciente y a veces utópica calidad técnica que conduce cuando mucho a ganancias marginales.

En estos planteamientos se vislumbran los posibles ingredientes de un nuevo paradigma que pueda orientar la investigación en enfermería, que son los siguientes:

- la clara conceptualización del cuidado de la salud, orientando la articulación del conocimiento biológico y social hacia un ámbito transdisciplinario;
- la definición de las prioridades en función de la necesidad política de ajustarse a los problemas nacionales a partir de un esfuerzo investigativo centrado en la realidad;
- la expansión de los espacios de práctica tomando en cuenta sus niveles de complejidad y el propio desarrollo de una nueva práctica, y
- la consideración del cuidado de la salud en el contexto de los avances de la ciudadanía y en términos éticos y de justicia social.

Estos elementos de un posible paradigma nuevo, llevan por otra parte a hacer nuevos planteamientos acerca de la propia noción de la calidad del cuidado de la salud, en los términos que resaltamos anteriormente, reflejando más relevancia social que puramente la excelencia técnica, y asegurando la satisfacción del individuo, sano o enfermo, y de la sociedad como un todo.

Hasta aquí, las consideraciones que se han traído han servido como testimonio del reconocimiento a la labor pionera que los investigadores en enfermería han desarrollado, y también como un intento de contribución que explora posibilidades de profundizar en el análisis de este cometido. No se ha tenido la preocupación de innovar o de traer ideas absolutamente originales y estamos seguros que nada o muy poco de lo que se ha dicho puede haber sonado como novedad.

Sin embargo, hay la convicción de que más que resaltar diversidades puede ser necesario reforzar puntos de identidad en el pensamiento

de los líderes que tratan de consolidar el potencial de investigación en cualquier área del conocimiento.

Tan nuevo como el desarrollo de la investigación en enfermería es la misma preocupación por la necesidad de formalizar las políticas de investigación en salud. La idea es poder superar lo que antes tenía la connotación de una investigación diletante, y asegurar el mejor aprovechamiento de los recursos asignados a través de un esfuerzo armónico y coordinado de equipos de enfermería, investigando problemas prioritarios, tanto para los usuarios como para la propia profesión y, por ende, para el desarrollo de todo el sistema de salud. La importancia de la labor investigativa que desarrollan los enfermeros puede constituir materia imprescindible para el avance de las acciones de salud en nuestro medio, valorando la capacidad científico-técnica, la calidad humana y las aptitudes sociales y éticas, y asegurando además, bienestar y mejor calidad de vida para la población.

# É POSSÍVEL CURAR AS INSTITUIÇÕES ESTATAIS?

*Francisco de Assis Machado*

---

## **F**undação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), subsídios para um estudo de caso

### **1. O QUE A FHEMIG É**

A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) foi criada em 1977 pela fusão de três fundações de menor porte que operavam os hospitais especializados em assistência psiquiátrica, os hospitais para atendimento em casos de emergência e as colônias em que se segregavam, na década de 1940, os portadores de hanseníase.

Constitui-se, atualmente, de 21 Unidades Assistenciais em que trabalham cerca de 10 000 funcionários, além de pessoal de serviços terceirizados. São cinco colônias de hanseníase, três grandes hospitais psiquiátricos para adultos e um hospital menor para atendimento de crianças, um hospital para atendimento ao grande trauma, outro dedicado a casos de urgência na infância, uma maternidade voltada para o parto e a gravidez de alto risco, um hospital para tratamento específico de doenças transmissíveis, cinco hospitais gerais, um serviço de fisioterapia, um serviço de recuperação e apoio a toxicômanos e uma unidade com leitos de espera para atendimento a pequenas urgências. De um total de 3 583 leitos instalados, estão em operação 2 050 leitos hospitalares e 1 064 leitos asilares. A política atual é de reativar 791 leitos hospitalares e desativar, progressivamente, os asilares, transformando-os em alojamentos para fins diversos.

Atualmente, produzem-se na rede cerca de 400 000 atendimentos ambulatoriais e 6 000 internações mensais.

O orçamento aprovado para 1994 para a FHEMIG foi de mais ou menos 240 milhões de dólares, muito embora, pela experiência, estime-se que as restrições na liberação não permitirão uma realização de mais de 50% do mesmo.

## 2. COMO CAMINHOU A FHEMIG

O processo da criação da Fundação resultou, a nosso ver, da intervenção de setores modernizantes da Secretaria da Saúde de Minas Gerais que, na época, tinham assumido o poder e queriam estendê-lo à área hospitalar, até então dominada por grupos de especialistas de notório saber.

Tais especialistas construíram, no decorrer dos anos, uma teia de relações dentro e fora do Estado, que lhes garantia grande autonomia na definição das políticas para suas instituições e na aplicação dos recursos captados externamente.

Contando com um ambiente geral muito favorável no planejamento centralizado e com o prestígio ganho pela tecnoburocracia, nos anos do chamado “milagre brasileiro”, não foi difícil ao grupo modernizante, nucleado pela Assessoria de Planejamento da Secretaria de Saúde, impor a fusão da Fundação de Ensino e Assistência Psiquiátrica (FEAP), com a Fundação Estadual de Assistência Médica de Urgência (FEAMUR) e a Fundação Estadual de Assistência Leprocomial (FEAL) para a criação da FHEMIG em meados de 1977.

Para consolidar a nova entidade, foi recrutado um nome de grande tradição e prestígio político, famoso por sua habilidade e que, por várias vezes, ocupara cargos governamentais de primeiro escalão em Minas Gerais.

Pelos dados disponíveis, a Fundação caminhou razoavelmente bem nos três primeiros anos de vida. No entanto, dentro do novo cenário que se torna mais nítido a partir de 1980 — com a desintegração progressiva do pacto de alianças, que durante anos sustentara o regime autoritário, alimentada pela grave crise econômica que vivia o país — os planejadores passaram a perder prestígio e foram cedendo lugar aos políticos tradicionais, apesar de infrutíferos movimentos de resistência intraburocrática.

O governo mineiro de então substituiu o titular da Pasta da Saúde, que no momento era o ex-primeiro Superintendente Geral da Fundação, por um amigo que se entrega a práticas as mais clientelistas e populistas conhecidas.

Em 1983, toma posse do governo mineiro, Tancredo Neves, o grande artífice do acordo chamado “Aliança Democrática Nacional”, articulação que permitiu a derrota do regime militar, segundo as regras por ele mesmo estabelecidas.

Por três anos reassume o poder do setor de saúde o grupo modernizante que o dirigiu no período de 1974 a 1978. Porém agora, em condições bem diferentes. A orientação básica não é mais de a prescrever, mas a de negociação, de flexibilidade, de *jogo de cintura*.

O exercício da autoridade passa a se fazer com muito cuidado, pois nenhum dirigente queria ser rotulado de autoritário. Progressivamente isto se torna mais forte à medida que o autoritarismo vai sendo derrotado

e os grupos organizados, representando interesses específicos, ganham força e se articulam com pensamentos políticos postulantes de transformações radicais no Estado.

É bastante generalizada a imagem de que, já no final de 1987, a Fundação subordinava-se muito mais às orientações do sindicalismo do setor público de saúde do que aos interesses da população. Mas é a partir de 1986 que se inicia a fase de descenso da capacidade instalada e da produção de serviços à população.

Deve-se registrar que ao final de 1986, um acordo entre governo e funcionários golpeia de forma drástica a profissionalização do servidor público em Minas Gerais. Como compensação aos baixos salários pagos, instituiu-se o chamado *horário corrido*, com a redução da jornada de 40 horas para 30 horas semanais, permitindo aos funcionários buscar outras atividades no setor privado para aumentar suas rendas.

O período de 1987 a 1991 é catastrófico para os serviços públicos de Minas Gerais. O governador, da época, nunca escondeu seu profundo desprezo pelos serviços e servidores públicos e, durante quatro anos, canalizou os recursos do erário público para a realização de grandes obras, sobretudo estradas.

### **3. COMO ESTAVA A FHEMIG EM 1991**

Em 1991, ao assumirmos a direção da Fundação, encontramos um quadro desolador: equipamentos totalmente sucateados; o principal hospital, o de atendimento a casos de grande urgência e de emergência, o único capacitado para tal na região metropolitana de Belo Horizonte com 4 milhões de habitantes, encontrava-se fechado e sem as mínimas condições de funcionamento, embora tivesse sido oficialmente reformado e inaugurado; outros hospitais, com a maior parte dos leitos desativados, tetos caindo, mofo e infiltração de água pelas paredes, móveis e equipamentos enferrujando nos corredores e porões. A maioria dos serviços de pronto atendimento estava fechada ou funcionando precariamente por falta de funcionários para cobrir plantões, sobretudo nos fins de semana.

O problema mais sério e grave era em relações trabalhistas. Sem projeto institucional, sem perspectivas de recursos materiais a curto prazo, amedrontados e intimidados diante da agressividade de lideranças sindicais — mais comprometidas em fazer oposição ao governo do que em defender seus representados — os dirigentes sentiam-se desmotivados, desencantados e completamente céticos em relação ao futuro.

Por um lado, sem salários minimamente razoáveis, sem condições de trabalho, sem projeto institucional e sem mobilização e cobrança dos dirigentes enfraquecidos, poucos funcionários cumpriam seus compromissos com a jornada de trabalho ainda mais reduzida, informalmente, com a conivência dos dirigentes. Tudo isto, obviamente, refletia-se nos serviços

prestados à população: pouco mais de 30 000 atendimentos ambulatoriais e 1 000 internações mensais de qualidade comprometida, como já foi dito.

Algumas unidades, principalmente aquelas que tinham como clientes populações mais marginalizadas — hansenianos e doentes psiquiátricos — eram as mais penalizadas. Alguns sanatórios de hansenianos haviam se transformado em degradados campos de concentração, onde a alimentação faltava e a imundice enojava qualquer visitante.

#### 4. CAMINHOS TRILHADOS PELA ATUAL DIREÇÃO

Nossa visão dos problemas originados nas relações de trabalho fundamenta-se na crítica à alienação do trabalho assalariado feita por Marx em seus *Manuscritos Econômicos e Filosóficos de 1844*“, apresentados por Mézaros (1980). Segundo ele, são quatro as características da alienação do homem pelo trabalho assalariado:

- “O homem está alienado da natureza;
- está alienado de si mesmo (de sua própria atividade);
- de seu ser genérico (de seu ser como membro da espécie humana);
- o homem está alienado do homem (dos outros homens).”

Em primeiro lugar, o homem está alienado da natureza porque é na construção de seu objeto (produto) de trabalho que o homem se relaciona com a natureza. Ele recria e se recria. Quando o homem vende a outro as suas energias físicas e mentais — que passam a ser empregadas na produção de acordo com um plano que não é seu —, ele não estabelece uma relação com a natureza. Esta relação passa a ser vivida por outro, o comprador de sua força de trabalho.

Em segundo lugar, vendendo sua força de trabalho ele vende sua atividade, que passa a ser planejada, orientada, dirigida e controlada pelo comprador. E, como a atividade e o trabalho são a própria vida, a própria manifestação de vida, ele vende, na verdade, a si mesmo, a sua vida.

Em terceiro lugar, é através da sua atividade e das transformações que esta produz na natureza que o homem a transforma em realidade objetiva, construindo em tal processo sua subjetividade. Esta capacidade de construir a sua consciência é que diferencia o trabalho humano do trabalho animal, como bem explica Braverman (1980). É a partir da consciência assim construída que o homem torna sua atividade intencional, ampliando aquela num processo continuado de concepção—ação—aprendizado—nova concepção—nova ação, etc. Se a atividade do homem já não mais lhe pertence, o homem perde então o seu “ser” humano, sua condição de participar da construção da espécie humana.

E, por último, destituído de subjetividade, não pode mais reconhecer-se nos outros homens, muitos deles também dela desprovidos,

bloqueando-se a comunicação intersubjetiva que caracteriza as relações entre os seres humanos.

Ora, se a nossa visão dos problemas que perturbam, envilecem e degradam as relações de trabalho, fundamentada na alienação dada pelo assalariamento — como contra-face da apropriação privada dos meios de produção —, a da melhoria, a da recuperação de relação de trabalho degradadas, passa necessariamente pela superação ou “amenização” da alienação do trabalho.

Por isso, nosso plano de recuperação da FHEMIG, com o propósito de reverter a situação encontrada, fixou três objetivos estratégicos:

**a) Recriação da Fundação como “coisa pública”**

A apropriação da instituição estatal por interesses privados ou particulares, tornou-se tão patente que as relações de trabalho equivaliam às vividas em qualquer empresa privada. Nesta situação a alienação do trabalho, com todas as conseqüências, é a criticada anteriormente. Muito diferente seria a situação, segundo nosso entender, se a entidade estivesse voltada e orientada pelo interesse social, de modo claro e transparente, sem que ninguém dela se apropriasse privadamente.

**b) Construção coletiva do projeto de inserção da FHEMIG no Sistema Único De Saúde (SUS)**

Houve intenção de que a construção de tal projeto ocorresse mediante uma estratégia que provocasse e estimulasse presumíveis oposições, de modo a acirrar lutas políticas em torno da questão porque, assim, garantia-se a participação e o envolvimento do máximo de pessoas.

**c) Consecução, mobilização, preparação e organização dos recursos necessários para a articulação do projeto**

Aqui vale a pena ressaltar que nossa preocupação foi sempre e essencialmente com os recursos humanos, o que não poderia ser diferente face ao já exposto, muito embora também tenhamos nos preocupado muito com a organização do trabalho feito na instituição, adotada mais para atender os interesses corporativos de profissões que os da eficiência.

Recriar a Fundação como coisa pública significou, em primeiro lugar, um intenso e desgastante enfrentamento com os interesses privados que a subordinavam e depredavam. Ao assumir a direção, fizemo-lo credenciados por havermos concluído um acordo com as lideranças sindicais, o que pôs fim a uma greve de mais de cem dias de duração, herdada do governo anterior.

Durante as negociações do acordo, pudemos identificar, e nos aproximar, de algumas lideranças menos articuladas com partidos políticos de oposição, e foi com sua participação majoritária que compusemos a Diretoria da Administração Geral. Esta iniciativa, e mais a substituição dos Diretores das Unidades Assistenciais por pessoas designadas de comum acordo com os funcionários, permitiu-nos, durante os primeiros tempos, escalonar os enfrentamentos.

A primeira providência foi estancar a hemorragia dos recursos, revendo todos os contratos com fornecedores, principalmente os de serviços terceirizados, conseguindo reduzir os gastos com este item em cerca de 60%. É óbvio que houve muitas reações, principalmente de parte dos fornecedores que tinham ligações no governo. Em seguida, passamos a examinar com mais cuidado as dívidas resultantes de contratos realizados para obras que, no Estado de Minas Gerais, são de responsabilidade legal de um Departamento de Obras Públicas, vinculado a outra Secretaria. Conseguimos com isso evitar pagamentos indevidos, muito significativos. Por outro lado, melhoramos nosso sistema de cobrança dos serviços prestados ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) com o que, somado ao aumento da produção, passamos a retirar uma fatia relativamente grande dos recursos até então canalizados para o setor privado.

Estabelecemos, concomitantemente, através de delegação de poderes, maior autonomia às direções de Unidades Assistenciais, que passaram a controlar, efetivamente, a movimentação de pessoal, impedindo transferências, admissões, exonerações, designações para funções de chefia, etc., se fossem por interesses pessoais. Como era de esperar, desagradamos a muitos políticos, incluindo alguns em setores do governo.

Quando necessário, enfrentamos os interesses do sindicalismo quando este tentou fazer prevalecer sobre os interesses públicos os interesses corporativos. Rompemos, assim, um sistema histórico e cristalizado de poder “mafioso”, mantido pela intimidação de dirigentes e funcionários, conseguida através de chantagem com a ameaça de danos à imagem pública, sabotagens, perseguições, etc. O caso mais ilustrativo foi a exoneração da Superintendente Administrativa, vinculada às lideranças sindicais que conosco compuseram, inicialmente, a direção. Com esta exoneração, quase 500 funcionários foram reclassificados de modo clandestino, ilegal e insidioso, acarretando sérios prejuízos para o interesse público. A reação dos seus liderados foi violenta, com invasão de gabinetes, insultos, etc.

Desde aquele momento passamos a enfrentar uma virulenta oposição. Posteriormente exoneramos um Diretor de hospital que, durante um movimento paredista entregou-se ao Comando de Greve e, por extensão, ao Superintendente Hospitalar que lhe deu apoio. A partir daí as lideranças sindicais do funcionalismo uniram-se contra nós e, conseqüentemente, a greve seguinte e última (final de 1992) foi particularmente violenta. Os líderes chegaram a invadir e a ocupar — com 100 militantes, recrutados

inclusive em sindicatos como o dos metalúrgicos — a sede da Fundação e, sob a ameaça de violências, obrigaram-nos a dispensar o pessoal e deixar o prédio.

Com uma conduta política muito refletida e adequadamente orientada, obtivemos uma vitória definitiva. Usando apenas a Lei, com processos policiais e administrativos contra os invasores identificados, e uma ação judicial indenizatória por danos à imagem pública contra o sindicato responsável e a Central Sindical (CUT), que subscreviam panfletos, cartazes e faixas. Colocamos, assim, os adversários na defensiva e os imobilizamos. Além disso, por primeira vez, foi cortado o ponto dos grevistas, com correspondente desconto em pagamentos (até então as greves, geralmente realizadas no fim do ano, significavam férias extras pelo perdão sistemático das faltas).

Os embates políticos foram complementados com outros, de caráter mais ideológico, como a intensa e permanente polêmica sobre temas pertinentes tais como a oposição público x privado, mantida com a utilização de editoriais em folhetos e no jornal da Fundação. Também efetuou-se por outros meios como a conservação e recuperação de instalações e equipamentos. Mesmo quando não era economicamente compensador, procuramos recuperar aqueles bens, para demonstrar o carinho e respeito mantido com a coisa pública.

Finalmente, para a recriação da Fundação como coisa pública, era necessário inseri-la no projeto mineiro de Reforma Sanitária Brasileira. A inserção foi planejada e implementada conjuntamente por dirigentes e funcionários mediante acordos, oposições, adesões, lutas, acordos, desacordos, etc.

Optamos pela criação de um fórum permanente, o Grupo de Decisão Superior (GDS), constituído por dirigentes da Administração Central e dirigentes das Unidades Assistenciais. Neste Fórum tomaram-se todas as decisões importantes sobre nossa administração, em demoradas reuniões mensais ordinárias e algumas extraordinárias. A existência, sabida e aceita, de dirigentes opositores, seja por articulação a partidos políticos seja por aliança ao sindicalismo do setor, garantia a todos a extensão nas discussões e nas polêmicas.

Foi assim que, paulatinamente, o projeto da FHEMIG, como rede de serviços de referência; como rede de centros de incorporação de inovações científico-tecnológicas, através do intercâmbio e da produção, e como rede de unidades de preparação de recursos humanos para o SUS-MG, foi sendo conformado.

Por último, para realizar seu projeto, a preparação da FHEMIG vem sendo perseguida em várias frentes:

**a) A da ampliação de recursos financeiros.** Além das já mencionadas — economia de gastos e melhor cobrança pelos serviços prestados —, buscamos recursos do Ministério da Saúde (uma tentativa frustrada já que, mesmo tendo conseguido compromissos firmados em convênios, não con-

seguimos liberá-los). Tentamos, por intermédio do Tesouro Estadual, cumprir pelo menos o orçamento aprovado, também sem êxito. Apesar de tudo, o aumento da receita própria, com a diminuição de gastos, propiciou-nos relativo conforto no que diz respeito às finanças.

**b) A do preparo técnico e organizacional.** Chegamos a compor um programa de reciclagem e aprimoramento de pessoal, o qual vem sendo cumprido com resultados bastante expressivos que serão comentados posteriormente. Cumpre ainda assinalar a incorporação de novas tecnologias no serviço público de Minas Gerais, sob a forma de equipamentos modernos, até então não disponíveis.

Na organização do trabalho, o principal avanço foi o de difundirmos a idéia de que ela não poderia mais estar fundamentada nas competências e atribuições das profissões, mas na socialização do trabalho e na compreensão de que o seu produto ou frações intermediárias do produto resultam do esforço coletivo. Em outras palavras, o principal avanço foi substituir o critério do processo do produto na departamentalização das atividades e, também, na internalização da imagem da FHEMIG como rede de unidades autônomas, solidárias e articuladas pelas diretrizes, princípios, normas e objetivos do Sistema Único de Saúde — SUS/MG.

**c) A do estabelecimento de novas relações de trabalho.** Como foi dito, todas as orientações mais gerais dadas à nossa administração são fundamentadas na idéia e no entendimento de que administrar significa, essencialmente, administrar conflitos. E que, entre estes, o nuclear é o que se estabelece entre duas vontades: a de quem compra a força de trabalho e dela quer tirar o maior proveito com o menor preço possível, segundo a lógica do mercado, e a vontade de quem vende e quer, segundo a mesma lógica, dispor em menor quantidade de sua mercadoria pelo maior preço possível.

É fácil, então, compreender que um acordo entre tais vontades passa a superar a causa ou, pelo menos, a amenizar as conseqüências do fato gerador do conflito básico — isto é, a superar a relação assalariada — ou, pelo menos, a amenizar suas conseqüências: a **exploração** pela expropriação do produto, a **exclusão** na definição do objeto de sua atividade, no seu planejamento, no seu desenvolvimento e na avaliação do seu produto, e a **desumanização** do trabalho, por ser o trabalhador impedido de experimentação consciente e produção de novas tecnologias; realizando sua atividade como atividade humana.

Daí os objetivos estratégicos do Plano de Recuperação da FHEMIG: **fazê-la pública**, tornando o próprio trabalhador um dos muitos componentes dos “proprietários-cidadãos”, e superando ou amenizando assim a situação de exploração; **torná-la resultado de um projeto coletivo**, superando ou amenizado, assim, a exclusão, e, finalmente, **propiciando a**

**seus funcionários a condição de qualificarem-se, de aprenderem e de ensinar no trabalho**, o que supõe a comunicação intersubjetiva do trabalho.

Tal entendimento das questões gerenciais teria que se realizar através de uma nova relação salarial conseqüente.

Nossa proposta foi pensada a partir de soluções mais simples para os problemas identificados como impeditivos, ou dificultantes, de um compromisso mínimo entre dirigentes e funcionários sobre condições de trabalho.

Primeiro era por demais evidente: a não existência de um acordo explícito e claro sobre jornada de trabalho e salários. Oficialmente, todo o pessoal, exceto médicos, odontólogos e técnicos em radiologia, deveria trabalhar 30 horas; os últimos, 24 horas. Na verdade, porém, o pessoal de nível superior, com as exceções indicadas, cumpriam apenas 20 horas — se tanto — e os médicos, apenas 12 horas. Por isso, a solução foi reconhecer a realidade, oficializando a jornada reduzida e criando estímulos para um novo acordo sobre salários e horários.

O segundo problema referia-se ao que identificamos como injustiça remunerativa. Todos os que exerciam uma mesma função percebiam uma única remuneração, não se considerando a quantidade, a qualidade e as condições de trabalho. A solução proposta foi criar adicionais para estimular a opção pela jornada integral, para premiar o trabalho qualificado, para compensar o trabalho prestado em condições mais penosas e mais, um adicional suficiente para competir no mercado pelo trabalho qualificado essencial em cada serviço (o do neurocirurgião e do anestesista na emergência, o do psiquiatra e do psicólogo nos serviços psiquiátricos, o do fisioterapeuta na reabilitação, etc.).

A terceira questão a ser atacada era a acomodação e “invulnerabilidade” do funcionário a restrições, pelas normas do serviço público. A idéia foi criar uma situação muito vantajosa e atraente, mas instável e reversível, no que diz respeito à remuneração, caso não se cumprissem os acordos feitos no tocante a esta.

Em 1992 aproveitamos a situação criada pelo último movimento grevista de nossa administração, conseguimos do governo duas importantes decisões para implementar as duas primeiras soluções enunciadas:

a) autorização para pagar 50% a mais aos que optassem pela jornada integral, limitando-se a opção à metade dos funcionários de cada Unidade Assistencial;

b) autorização para usar 30% da receita própria, segundo critérios de essencialidade e penosidade do trabalho, além de, evidentemente, sua qualificação e duração.

Infelizmente não conseguimos obter o que chamamos de “instabilidade” de uma situação vantajosa, no que respeita a remuneração básica. O governo só concordou em aprovar tabelas diferenciadas para o trabalho em plantões e para os que trabalharam em centros de tratamento intensivo (CTI), unidades de tratamento intensivo (UTI) e no ambulatório e bloco cirúrgico do hospital que atende o grande trauma.

## **5. ALGUNS SINAIS DE RECUPERAÇÃO DA FHEMIG**

Não há elementos que permitam uma avaliação com conclusões mais definitivas, mas alguns fatos apontam para a conveniência das orientações dadas às relações com os funcionários.

### **5.1 Aumento do número de leitos disponíveis em proporção maior que o aumento de recursos**

Em números redondos, no início de 1991 a FHEMIG operava 1 200 leitos hospitalares de uma capacidade instalada correspondente a cerca de 2 400. Em 1991, os leitos hospitalares em operação chegaram a 2 050, de uma capacidade instalada que não se alterou; ou seja, foram reativados 850 leitos hospitalares com incremento dos leitos em operação em cerca de 71%. No mesmo período foram incorporados cerca de 2 000 funcionários, para um total existente em 1991 de cerca de 8 000 (crescimento de 25%).

### **5.2 Aumento da produção de serviços e da eficiência**

Um estudo retrospectivo mostra que desde 1984, ano em que se realizou a internação de aproximadamente 44 000 doentes, a produção do serviço tem-se reduzido progressivamente, com queda mais acentuada a partir de 1986 (38 000 doentes internados) até 1991 (15 000 internações). A partir de então deu-se uma espetacular recuperação, chegando-se a um total de 41 000 internações, em 1993. Em relação ao movimento ambulatorial, a produção oscila entre um mínimo de 250 mil consultas médicas, em 1994, e um máximo de cerca de 480 000, em 1988. Em 1990 o número de consultas foi de cerca de 380 000 seguindo uma ascensão ininterrupta, chegando a 800 000 em 1993.

Considerando-se todos os procedimentos ambulatoriais, o salto vai de uma produção mensal de 30 000, em maio de 1991, para 390 000, em julho de 1994.

Quanto aos gastos, houve uma redução no período de 1991 a 1993 de cerca de um milhão e meio dólares, que deverá subir a três milhões e meio, segundo projeção baseada no verificado nos quatro primeiros meses de 1994.

### **5.3 Incorporação de inovações científicas e tecnológicas**

Durante o período de 1991 a 1994, foram reciclados cerca de 400 auxiliares de enfermagem e formados 298 residentes médicos em onze áreas de especialização. Mais de 1 300 acadêmicos concluíram estágios de seis meses de duração em nossas unidades e mais de 7 000 funcionários

passaram por algum tipo de treinamento. Cerca de 50 dirigentes concluíram curso de especialização em gestão hospitalar. Produziram-se inúmeras publicações científicas sob a forma de fascículos e ensaios.

Durante o mesmo período foram colocados em operação dois tomógrafos computadorizados, dois vídeo-laparoscópios, mamógrafos, ultrassonógrafos de alta resolução, equipamentos dos quais os serviços públicos de Minas Gerais não dispunham.

#### **5.4 A cessação de movimentos grevistas**

Para melhor avaliar o significado, a importância e o alcance deste ganho e das medidas tomadas para se chegar a atual situação, parece-nos necessário analisar com mais detalhes os fatores determinantes das greves e nossa estratégia para enfrentá-los. Em nosso caso quatro foram os fatores mais decisivos na determinação dos movimentos paredistas:

**a) Baixos salários.** Desde 1986, conforme assinalam os sindicatos, tem havido uma perda salarial gradativa, cuja reparação é reivindicação repetida e, por pressão das representações dos funcionários, disposição provisória da Constituição Mineira. A partir de 1987 as perdas tornam-se intoleráveis pela decisão do governo de então em não adotar mecanismos de proteção dos salários sofrendo inflação crescente (gatilho salarial, indexação, etc.). Com a crise financeira e econômica persistente, o novo governo, que assumiu o poder em 1991, não consegue recursos para cumprir a promessa eleitoral de recompor os níveis salariais de 1986.

**b) Impunidade.** Os funcionários decidiam as greves com a convicção, firmada em movimentos anteriores, de que os dias parados seriam abonados e que haveria total tolerância com os métodos de mobilização empregados. Qualquer reação do governo e dos dirigentes era qualificada como repressão ao direito de greve nos serviços públicos, reconhecida na Constituição de 1988. Aliás, cumpre comentar que aquela Constituição passou a reconhecer duas situações nas relações governo x funcionalismo até então só aceitas nas relações regidas por contratos de direito privado: o direito de greve e o de sindicalização.

Em um ambiente de condenação pública ao autoritarismo recém-experimentado no país, a politização dos movimentos sociais e os novos preceitos constitucionais gera uma onda de intimidação e inibição para as autoridades públicas que passaram a adotar atitudes de conivência e omissão, mesmo diante de provas de graves prejuízos aos interesses da população. Invasões de prédios públicos e gabinetes de Secretário de Estado, feitas com estardalhaço e com atitudes e comportamentos os mais desmoralizantes da autoridade pública, tornaram-se rotina. E nada era punido.

**c) Aparelhamento ou “partidarização” dos sindicatos.** Os partidos políticos, a partir do enfraquecimento da ditadura, passaram a adotar, como

estratégia de crescimento e afirmação ou de ocupação do poder, práticas de penetração e controle nos movimentos sociais e em organizações de massas. Organizações constituídas para defender interesses específicos foram, assim, paulatinamente desviadas dos seus fins iniciais para a oposição ou apoio a governos constituídos.

No caso em foco, o sindicato mais representativo é orientado por correntes de pensamento político cujo objetivo maior é a destruição ou desmonte do “estado burguês”, não tendo, portanto, interesse em acordos sérios com governos que não sejam os deles, ou por reformas do Estado. Transformam, então, a ação sindical e o sindicato em instrumento de oposição sistêmica aos governos eleitos e de desmoralização das regras e leis vigentes.

**d) Estratégia compensatória para ganhos extras.** Diante dos fatores apontados em (a) e (b), os funcionários passaram a adotar as greves como estratégias compensatórias. Garantida a impunidade e o não-prejuízo material das greves, estas passaram a constituir ocasiões para buscar novas oportunidades de ganhos com contratos temporários de trabalho na rede privada de serviços de saúde; maior dedicação a consultórios, etc., ou mesmo momentos e oportunidades de descanso e lazer. (Dizia-se que nos períodos de greve na FHEMIG, aumentava a presença de turistas nas praias vizinhas do Estado.

As orientações da atual direção para neutralizar os fatores indicados, conforme já mencionado, foram:

- Melhoria da remuneração, com a distribuição de 30% da receita própria entre os que efetivamente participassem da sua produção (não participam os que tiverem duas faltas não-justificadas, e perdem 10% por falta quando justificadas) e com reajuste de 50% para os que optaram, com aprovação das chefias, por jornada integral de trabalho.
- Determinação em usar todos os instrumentos e meios legais para tornar os movimentos grevistas em ações de risco e com possibilidade de perdas. Houve cortes nos salários correspondentes às faltas e foram movidos inquéritos, processos e ações administrativas, policiais e judiciárias contra pessoas e sindicatos.
- Desencadeamento de intenso combate político-ideológico entre a direção da FHEMIG e sindicatos, através de panfletos, folhetins, etc., sobre questões centrais, como interesse público x interesse privado; ilegalidade x legalidade da greve; ética x não-ética dos métodos de luta, etc.
- Desencadeamento de processos administrativos, por abandono de emprego, contra todo e qualquer funcionário que passasse mais de 29 dias sem marcar ponto.

A última greve ocorreu de setembro a dezembro de 1992; desde então, apesar dos esforços realizados pelos sindicatos da área, nenhuma mobilização teve êxito. Vale dizer que foi extremamente penoso ter de derrotar um movimento sindical, dadas as nossas convicções políticas. Con-

sola-nos a certeza de que o fizemos pelo desejo de afirmar o interesse público, o interesse da sociedade.

## 6. UMA PROPOSTA DE REFORMULAÇÃO DA FHEMIG COM VISTAS A NOVOS PATAMARES DE EFICIÊNCIA

Da experiência vivida em três anos e seis meses na administração da Fundação e da incorporação de alguns conceitos expostos por Medice (1994) e Girardi (1994) em oficina de trabalho promovida pela OPAS em Minas Gerais sobre a regulação de trabalho em saúde, elaboramos um anteprojeto para a reformulação da FHEMIG, do qual transcrevemos a seguinte parte:

*“Consolida-se progressivamente em todo o território nacional o Sistema Único de Saúde/SUS, como conquista da Carta Federal de 1988, consagrando o princípio da colaboração e integração dos entes políticos em função da demanda social.*

*Mapeado o terreno das competências legais comuns e específicas, não pode o Estado de Minas Gerais omitir-se quanto à parcela que lhe foi expressamente destinada pelo texto infraconstitucional da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, porta-voz do sistema orgânico de saúde: a identificação e a gestão dos serviços de referência estadual e regional, incluindo os de alta complexidade.*

*A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais teve, pois, sua competência básica recebida e confirmada pela legislação do SUS, que lhe define papel de relevo no âmbito global da prestação de serviços em nosso Estado.*

*Por outra via, não há de se perder de vista, considerando o contexto mais amplo da gestão estadual do SUS, a continuidade do processo de municipalização como princípio informador do modelo assistencial integrado.*

*Por isso o desafio prático colocado hoje ao gestor estadual do SUS, na FHEMIG, é cumprir, com eficiência, pelo menos quatro tarefas básicas:*

- 1. Organizar-se como Sistema de Referência para municípios mineiros no provimento dos serviços altamente especializados e complexos;*
- 2. Organizar-se como Sistema de Produção e Incorporação de inovações científico-tecnológicas, atividades absolutamente indispensáveis à sua responsabilidade normativa para o SUS Estadual;*
- 3. Organizar-se como Sistema capacitador de recursos humanos estratégicos para a consolidação do SUS/MG;*
- 4. Preparar-se, adequadamente, para cumprir compromissos com os sistemas de saúde dos Municípios em que se situam as Unidades Assistenciais, em termos de atenção a nível primário, secundário e terciário.*

*Após três anos de esforço constante e pertinaz em busca da eficiência, acha-se hoje a direção da FHEMIG convencida de que aquela não se alcançará sem uma regulação mais flexível da força de trabalho; o que só poderá ser alcançado garantindo-se as diretrizes de política de pessoal, inclusive no que diz respeito às condições de remuneração.*

*Neste sentido é que se propõem, através da reformulação da Lei básica da FHEMIG, dois caminhos para a “autonomização” das Unidades Assistenciais a ela vinculadas sem que se percam as características sistêmicas do conjunto:*

a. *Contrato de Co-Gestão. Nestes, a Fundação continuará participando de colegiados de administração das Unidades, mantendo-se os vínculos administrativos formais;*

b. *Contrato de Gestão. Nestes, a Fundação cederá às entidades públicas ou privadas não-lucrativas, existentes ou criadas para tal, a gestão de suas unidades sob condições contratuais aprovadas em leis específicas.*

*Em qualquer dos casos, a FHEMIG, contratante pelo poder público, exercerá o papel normativo de avaliação e de controle.*

*Dando autonomia às unidades e descentralizando recursos e responsabilidades, a estrutura orgânica da FHEMIG poderá sofrer um “enxugamento” progressivo de sua máquina administrativa, hoje extremamente complexa, burocratizada e ineficiente.*

*Esta é a intenção da reformulação proposta na legislação básica da Fundação.*

Nossa idéia é que temos um enrigecimento da administração de nossa instituição, pelas normas e leis que compõem, com outras estruturas, o atual Estado Brasileiro. Por ser ele conformado, segundo a lógica do atendimento, a interesses dos grupos dominantes de nossa sociedade articulados com os da burocracia parasitária ou com os de outros organizados por objetivos particulares que tanto exerceram influência na Constituinte.

Até que se promovam reformas mais definitivas na Constituição, estamos sugerindo, em nosso âmbito de intervenção, propostas que podem flexibilizar a administração, com medidas que articulam a Fundação com outras instituições estatais e com organizações não-governamentais para uma gestão mais flexível dos bens públicos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Braverman H. *Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. Traduzido por Nathanael C. Carneiro. Rio de Janeiro: Zahar; 1980:49.
- 2 Girardi S. *Torno ao estado aspectos gerais da regulação: notas em da arte*. Em Santana JP (coordenador). *Regulação do trabalho em saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 1994:6. (Série Desenvolvimento de Recursos Humanos.)
- 3 Medici AC. *A regulação do trabalho no âmbito da saúde*. Em Santana JP (coordenador). *Regulação do trabalho em saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 1994:6. (Série Desenvolvimento Recursos Humanos.)
- 4 Mézaros I. *Marx. A teoria da alienação*. Traduzido por Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Zahar; 1980:16–17.
- 5 Minas Gerais, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. *FHEMIG — 3 anos — administração Hélio Garcia*. Belo Horizonte; 1994.
- 6 Organização Pan-Americana da Saúde; 1994:6. (Série Desenvolvimento Recursos Humanos.)

# LA DISYUNTIVA EN LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN ODONTOLOGÍA EN MÉXICO

*Gerardo Maupomé<sup>1</sup> y Javier Díez de Bonilla<sup>2</sup>*

---

## INTRODUCCIÓN

En una sociedad cuya finalidad primordial es el bien común, la educación universitaria en salud tiene como objetivo principal formar profesionales y engendrar conocimientos que favorezcan un estado adecuado de salud. Además, debe procurar que este estado alcance a cuantos miembros de la sociedad sea posible, cubriendo sus necesidades reales de preservación de la salud, y de prevención o tratamiento de la enfermedad (1). La forma en que se destinan los recursos financieros para impartir esta educación profesional ideal debe depender del mérito propio para acceder al servicio educativo, de la necesidad inherente del servicio provisto por los recursos, y de un cuidadoso balance costo-beneficio del financiamiento del servicio. En el caso de la formación de recursos humanos en odontología, México se encuentra ante un problema grave: aunque se han educado muchos profesionales dentales (PD) desde principios de la década de 1970, la salud bucodental de la población no parece haber mejorado proporcionalmente (2-4). Lo que sí es aparente es una escasez selectiva de pacientes en relación con el número de PD, teniendo en cuenta la limitante de que la mayor parte de la atención bucodental en México es privada (5). En otras palabras, aunque hay un número considerable de PD, estos están compitiendo por el mismo limitado número de pacientes que pueden pagar sus servicios, principalmente en las zonas urbanas y en las capas medias y altas de la población. En este trabajo sostendremos la tesis de que la ineficiencia para mejorar la salud bucodental de la población mexicana no tiene una relación accidental con el modelo de formación de recursos humanos, sino que ambos se retroalimentan íntimamente.

---

<sup>1</sup> Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F., México.

<sup>2</sup> Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F., México.

## LA ESTRUCTURA DE LA EDUCACIÓN UNIVERSITARIA EN ODONTOLOGÍA

Como principio fundamental, es necesario promover la igualdad de derecho a acceder a la educación universitaria. En México, esta tarea será infructuosa ante la viciada disposición política de aliviar tensiones sociales admitiendo grandes masas a la educación universitaria sin hacer un análisis objetivo a mediano o largo plazos de cuántos profesionales son necesarios dentro de la sociedad, en función de qué parámetros son necesarios, y qué cometidos cumplirán como profesionales. Tristemente, la falta de planeación de los recursos humanos profesionales en muchas partes de América Latina conduce frecuentemente a tres contradicciones: el ingreso de estos jóvenes al desempleo o subempleo, retrasado mientras estudian, pero que finalmente ocurre tras haber desperdiciado tiempo y recursos en estudios trunco; personas con estudios profesionales que se dedican a una ocupación completamente distinta, y se incurre en el error común de pensar que la abundancia de profesionales resolverá, por sí misma, los problemas de su área de competencia. Varios análisis han concluido que la forma de proveer servicios terapéuticos y el enfoque rehabilitador de la profesión han fracasado en resolver la problemática de salud y de enfermedad en la población mexicana (1, 4, 5).

Tal vez el problema más grave derivado de esta situación es que se desperdician recursos financieros al dejar de planear cuántos profesionales precisa la sociedad (en términos de necesidades de tratamiento e idiosincracia de los usuarios del servicio (6) el mercado de trabajo (en términos del impacto y posibilidades del ejercicio profesional (4, 5). Este malgasto desvía la atención de sus orígenes en México: las diferencias de calidad en la enseñanza, las instalaciones y el personal entre distintas escuelas y regiones en el nivel pre-universitario, la falta de otras opciones realistas de estudios que contengan la promesa de movilidad social vertical en los niveles técnico básico, técnico medio y técnico profesional.

En último análisis, la mala planeación de recursos humanos profesionales no tiene más justificación para su existencia que ser una medida populista que disfraza los verdaderos problemas de los sectores educativos. Resulta un enfoque sumamente pobre de planeación esperar que se pueda educar a gran cantidad de profesionales y esperar que el mercado de trabajo los absorba, sea la cantidad que sea. América Latina tiene serios problemas económicos y uno de los primeros es proporcionar fuentes de empleo a las nuevas generaciones en el ambiente imperante de recesión mundial (7). Ante esta perspectiva, el enfoque imperante en la educación universitaria es irracional. Este problema ha sido reconocido en otros países, en los que se han sugerido varias estrategias para enmendar ahora los problemas que en el futuro podrían presentarse en la formación de recursos humanos (8).

Considerando que el enfoque actual de atención a la salud a niveles rehabilitativo y estético ha sido incapaz de mejorar significativamente la salud bucodental de la población, y atendiendo a las considera-

ciones del balance costo-beneficio implícitas en una planeación racional de la formación de recursos humanos, es de interés realizar este análisis estableciendo las prioridades en la atención a la salud bucodental, por una parte, y las prioridades de la profesión, por la otra.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

### **Método 1. Establecimiento de las prioridades en la atención a la salud bucodental**

Existen dos retos fundamentales en la salud bucodental: la caries dental y las enfermedades periodontales crónicas destructivas. Aunque la importancia de estas últimas como problema de salud pública ha sido puesta en tela de juicio recientemente, en el estado actual del conocimiento la caries es el problema más importante en la atención bucodental.

Como muchas enfermedades epidemiológicamente importantes, la aparición, frecuencia y severidad de la caries dependen íntimamente de factores sociales. En este caso, depende de los patrones y componentes de la alimentación (primordialmente azúcares) en un grupo social. Sin embargo, para hacer una alimentación menos cariogénica no se necesita eliminar completamente los carbohidratos del régimen alimenticio. Esto no solamente no es recomendable desde el punto de vista nutricional, sino probablemente imposible. Lo que sí es necesario y factible es eliminar los azúcares que están presentes en grandes cantidades. En general, todos los alimentos procesados comercialmente incluyen cantidades considerables de azúcares industrializados, constituyendo incluso entre 30 y 50% del peso total. Tales cantidades no tienen justificación nutricional alguna, y afectan la salud. Este efecto nocivo se manifiesta en obesidad y problemas asociados, como enfermedades cardiovasculares y diabetes no-insulínica.

Esta es una preocupación legítima de la profesión dental. Es común encontrar que grandes sectores de la sociedad consumen muchas calorías baratas. Esto es aún más marcado en los grupos urbanos que en el medio rural, en virtud de la mayor disponibilidad de golosinas y alimentos procesados (9). Un factor importante de la caries en México son las bebidas altamente cariogénicas por su contenido de azúcares y por su acidez y la frecuencia de su consumo (10). Aunque las clases más pobres tienden a consumir mayor cantidad de azúcares industrializados, la ingesta es en general muy alta en todas las clases sociales (11).

En estas circunstancias, la profesión dental tiene un cometido casi imposible: solucionar en dos visitas anuales (cuando eventualmente ocurren por existir las condiciones favorables para ello) todo el daño creado por consumo exagerado de azúcares industriales (bajo una ingestión frecuente y sin cortapisas para todos los grupos de edad).

Este es un elemento fundamental de la práctica tradicional de la odontología. Se ha argumentado que, si es tan difícil modificar los hábitos

alimenticios del paciente, lo único que se puede hacer es reparar las lesiones cariosas y sus secuelas para evitar que se convierta en un inválido dental. Sin embargo, es indispensable corregir los orígenes del problema y no solo sus secuelas, a través del enfoque preventivo adecuado, instaurando cambios profundos en el tipo de atención dental y en la forma como los PD son educados, empleados, supervisados y apoyados (12).

Es común que las críticas hacia el enfoque rehabilitador de la práctica dental actual estén concernidas con la insuficiencia de servicios y personal, los altos costos involucrados y la carencia de elementos "preventivos". Sin embargo, la ideología rehabilitadora prevaleciente se suele considerar un modelo que solamente requiere cambios menores o de mayor difusión para lograr un estado de salud adecuado en la mayor parte de la población. Desafortunadamente, esta confianza en la capacidad de la terapéutica bucodental tradicional para conducir a un estado de salud es infundada en tanto que no está contemplada ninguna medida que mejore el *status* de riesgo cariogénico del paciente, aun cuando fue este mismo *status* lo que lo llevó a tener los problemas actuales. Este enfoque únicamente está proporcionando un paliativo temporal y caro, pero no una solución: a mediano y largo plazo, los mismos dientes y los mismos pacientes seguirán precisando tratamiento periódica y continuamente.

## **Método 2. Establecimiento de las prioridades de la profesión dental**

Durante la década de 1980 y principios de 1990, en México se ha presentado un marcado deterioro del nivel de vida para la mayor parte de la población. A pesar de que las escuelas de odontología ya existentes sufrieron una reducción en la matrícula durante ese período, gran cantidad de dentistas recién graduados siguieron entrando al mercado de trabajo (4). Este fenómeno se debió a que más escuelas fueron inauguradas y a que la producción de dentistas, aunque reducida en comparación a las dos décadas anteriores, siguió siendo considerable.

Analizada de forma global, la situación de la práctica dental en México es crítica. Aunque no existe una determinación objetiva de la relación dentistas-pacientes por regiones del país, se ha visto que la práctica dental es primordialmente urbana. Esto nos permite suponer que el mercado de trabajo profesional y las necesidades de atención a la salud se manejan en dos planos completamente distintos: mientras que en las ciudades hay demasiados dentistas atendiendo a los mismos pacientes, en otras regiones no urbanas del país y en las zonas urbanas marginadas hay pocos dentistas que atiendan a una gran masa de la población.

Esta situación ha dado lugar a un recrudescimiento de las contradicciones en el mercado de trabajo. Los datos disponibles indican que los dentistas opinan que su nivel de vida y la situación del mercado de trabajo ha empeorado (4, 5). Si estos datos son representativos del sentir general de la profesión, uno no puede dejar de preguntarse qué éxito real

ha tenido el enfoque de atención a la salud bucodental vigente actualmente. Si no ha satisfecho de forma sensible las necesidades de atención, ni ha contribuido a crear una profesión armónicamente relacionada con su entorno laboral, es patente la necesidad de plantear un cambio. Lo profundo del cambio dependerá del compromiso de los PD con su profesión y con las necesidades de atención en la comunidad. Sin embargo, es posible señalar ciertas áreas críticas para fijar los parámetros del cambio:

- Una mayor atención a la prevención es un enfoque más efectivo que el presente énfasis en la terapéutica rehabilitadora de lesiones cariosas (13–16).

- El presente enfoque restaurador es insuficiente para mantener la salud (17–19).

- Las características de la caries y su relación con factores socio-económicos están cambiando en muchas partes del mundo. Son necesarias respuestas flexibles por parte de aquellos que proveen la atención dental (20–25).

- Como filosofía oficial de salud, es preferible utilizar un enfoque de atención primaria de salud que un sistema terapéutico de alta tecnología. El primer enfoque tiene una mejor relación costo-beneficio (26).

- Las medidas de salud pública son, en general, más efectivas que las medidas personales emprendidas por un paciente individual (27–29). Esto es aún más importante considerando lo inefectivo que es demandar cambios conductuales de una persona que tiene pocas opciones realistas para escoger un estilo de vida más sano.

## **DISCUSIÓN**

### **La reducción del potencial cariogénico de la alimentación**

Como enfermedad epidemiológicamente importante, la caries debe ser atacada cambiando las condiciones que permiten su origen y subsecuente desarrollo. Para lograr estos cambios es necesaria la participación de los sectores gubernamental, profesional y empresarial en la comunidad. Esta participación, para ser efectiva, debe ser coordinada y reglamentada por las autoridades de salud, contemplando, entre otros, los elementos siguientes:

- Reducir el uso de azúcares industrializados en los alimentos en general, principalmente sustituyendo su volumen calórico por alimentos no-cariogénicos.

- Difundir información de nutrición adecuada en la comunidad y entre los profesionales de la salud, al mismo tiempo que se combate la influencia de aquellas actividades comerciales que promueven costumbres cariogénicas de alimentación.

- Trasladar la educación para la salud de su contexto científico-clínico al plano social, en particular dentro de los programas de educación básica.
- Promover ampliamente medidas efectivas de salud pública tanto en la comunidad como entre los funcionarios gubernamentales competentes.
- Promover las medidas de salud pública que reduzcan la severidad y la frecuencia de la caries, tales como la suplementación de la alimentación humana con fluoruros.

### **La racionalización de la formación de recursos humanos en odontología**

Contrapuesto a las áreas críticas mencionadas arriba en los Métodos 1 y 2, es pertinente señalar que las limitaciones que se identificaron hace 17 años para explicar la inoperancia de la práctica dental en México siguen vigentes (30). Entre ellas: excluye a grandes sectores de la población, actúa frente a la demanda, es eminentemente rehabilitadora y tiene pocos elementos preventivos eficientes y su costo es elevado y usualmente inaccesible para muchos usuarios. Desde luego, es preocupante que el modelo de práctica dental haya evolucionado tan poco en este período.

Dentro de la estrategia para enfrentar estas carencias, es obvio que la profesión debe adoptar medidas enérgicas para resolver las contradicciones en la formación de recursos humanos (en número y en orientación), por una parte, y en el contenido de los planes de estudio bajo los cuales se forman estos PD, por otra. A corto plazo, las posibilidades realistas de modificar el modelo de atención dental son reducidas mientras no se cambie sustancialmente la filosofía educativa de los estudios profesionales.

Aceptando este último concepto como fundamental para el cambio, se hacen dos propuestas relativamente independientes de la educación técnica que proporciona habilidades clínico-terapéuticas. En primer lugar, se propone imbuir una serie de habilidades en los PD, a través de un programa de educación diseñado expreso. Estas habilidades son las siguientes:

- Comunicarse eficazmente con los pacientes en función de las expectativas realistas de servicio que es posible esperar de cada entorno clínico, para establecer un plan de tratamiento preventivo y rehabilitativo acorde con el medio comunitario y el usuario del servicio.

La razón para sugerir este entrenamiento específico del PD es la frecuente contradicción que existe entre los tratamientos de alta tecnología que frecuentemente ocupan el área de innovación clínica de la odontología, y las opciones reales de la mayor parte de la población para acceder a ellos. Es absurdo que tanto los PD como los pacientes sigan considerando los medios de tratamiento más sofisticados y complejos como el paradigma

de atención dental. De forma complementaria, es también paradójico pensar que en aquel paciente en el cual una medida sencilla y económica de tratamiento rehabilitador no pudo solucionar un problema, una medida cara y sofisticada sí lo vaya a lograr más tarde.

- Comprender dinámicamente que las medidas de prevención primarias y secundarias son aquellas que, en el medio mexicano, a mediano y largo plazos darán los mejores resultados de salud bucodental al costo más reducido.

La razón para proponer este entrenamiento específico es romper con la profunda contradicción de lograr un nivel aceptablemente bueno de salud bucodental en la población a través de entrenar masas de especialistas y clínicos dedicados fundamentalmente a la rehabilitación. Si el futuro cercano de México es de un empobrecimiento gradual o, por lo menos, de no mejorar sustancialmente el nivel de vida de la población, uno no puede sino preguntarse cuál es la razón de seguir preparando clínicos cuyo acceso es esencialmente elitista.

Existe en general un desconocimiento de lo que es prevención entre los académicos, profesionales y usuarios de la atención bucodental. Una vaga idea de intervenir tempranamente en procesos de enfermedad ya establecidos es frecuentemente llamado "prevención". Aparte de lo importante que es tratar un problema pequeño antes de que se convierta en un problema grande, la prevención de las enfermedades bucodentales tiene poco que ver con la atención que se podría dar en la clínica rehabilitadora.

- Apreciar objetivamente la magnitud de los distintos problemas de salud bucodental en México, en función de la frecuencia y gravedad de estos padecimientos y de su historia natural.

La razón para proponer esta modificación es que la mayoría de los PD en este país dedican la mayor parte de su práctica a la operatoria dental, extracciones sencillas y profilaxis (4, 5). Habiéndose visto que la mayor parte de los conocimientos y técnicas enseñadas durante la licenciatura rara vez son aplicados (o rara vez son aplicados correctamente), resulta contradictorio que se gaste tanto tiempo y recursos en entrenar clínicos en estos aspectos. Desde luego, surge de inmediato una pregunta: ¿para qué entrenar tantos dentistas si una versión simplificada de los PD (tales como los técnicos o terapistas dentales) podría cubrir estas necesidades de atención a la salud?

En general, puede decirse que los planes de estudio pueden reducirse marcadamente en duración y contenido, en función de aquel grupo de conocimientos que será realmente aplicado en la vida práctica. Desde luego, sería necesario dar a estos PD el entrenamiento necesario para identificar tempranamente los casos que rebasen su nivel de competencia, así como que se establezcan los canales para que estos casos puedan ser referidos oportunamente a los niveles apropiados.

- Ver la salud bucodental dentro del contexto de la salud y bienestar generales del ser humano, así como considerarla una parte integral de estos.

Por razones diversas, muchas de ellas inválidas, la atención a la salud bucodental se ha visto como complemento a la salud general, o separada de esta. Aunque es preciso reconocer que en un país como México existen problemas de salud más graves, también es necesario identificar el verdadero impacto de la mala salud bucodental en el bienestar general y en la calidad de vida.

Parte de la responsabilidad por el lugar secundario que se ha dado en importancia a la salud bucodental es sin duda adjudicable a la profesión dental. Esto se deriva de nunca haber señalado qué nivel básico de bienestar relacionado con el aparato estomatognático y sus implicaciones en la salud general podría ser considerado el mínimo aceptable para cada individuo. Tristemente, el ejercicio de la profesión se ha circunscrito primordialmente a reaccionar a la demanda de las necesidades expresadas de tratamiento, limitando usualmente esa capacidad de reacción al potencial adquisitivo de tratamiento rehabilitador. Mientras no se establezca cuál es el impacto de la mala salud en el bienestar y la calidad de vida ni el estado mínimo aceptable de salud, no será posible definir cuántos PD son necesarios para satisfacer las demandas de atención a la salud ni la forma de lograrlo. En segundo lugar se propone que se instituya un mecanismo eficaz que regule la cantidad de PD que son formados en las universidades mexicanas, así como sus características. Este sistema regulador debe contemplar:

- La evaluación del número de profesionales dentales que están ejerciendo en el país, y las especialidades de la práctica odontológica, para determinar los recursos disponibles y sus habilidades clínicas.
- La creación de mecanismos obligatorios de educación continua y certificación de la capacidad/actualización para ejercer la práctica dental.

El objetivo de esta parte del mecanismo es que se dinamicen las formas de aprobación para que un profesional pueda ejercer la práctica dental, independientemente de su paso por la educación universitaria. Idealmente, esta parte debería contemplar un examen nacional que se estableciera de común acuerdo entre las escuelas, las asociaciones profesionales y las instituciones públicas de atención a la salud.

- La certificación objetiva de la validez/calidad de los planes de estudio imperantes en las escuelas del país.

Es bastante evidente que solamente se podrán crear sistemas para verificar que los PD están debidamente capacitados para ejercer actividades clínicas si se comienza esta discriminación desde las escuelas.

- El control estricto del número de escuelas que existen en el país y por cada región, así como el número de alumnos de nuevo ingreso, egresados de licenciatura, y egresados de especialidades clínicas que se manejan en cada escuela.

Como consecuencia del acuerdo en el que se estableciera qué nivel de salud bucodental y características serían el mínimo aceptable para la población en México, sería posible hacer una estimación de las necesidades de formación de recursos humanos. Ya que estos niveles tendrían que estar dictados por las características de la morbilidad bucodental propias de las regiones y los grupos de edad, la mención de cifras específicas no es posible ahora. Es preciso enfatizar que la racionalización de recursos podría obligar el desmantelamiento de escuelas o a la reducción en tamaño y matrícula de algunas de ellas.

- La introducción de personal dental de nivel intermedio que cubra las labores más comunes en la práctica dental, y que contribuya a reducir los costos de proveer una atención bucodental adecuada.

Se propone que los programas de estudio y los procedimientos de certificación tengan dos niveles y seis orientaciones que atendieran a las diferentes necesidades terapéuticas. En referencia con los dos niveles, el primero estaría dado por el reconocimiento a la estatura profesional del técnico clínico o terapeuta bucodental. Este nivel profesional medio debería idealmente lograrse en dos años de estudios semiprofesionales, capacitando al personal para realizar procedimientos operatorios básicos, profilaxis y extracciones sencillas. Asimismo, este personal conformaría el primer nivel de contacto con los usuarios; de esta forma, sería el personal más apropiado para desarrollar actividades preventivas, de educación para la salud, y de coordinación con las campañas de salud pública emprendidas por las instituciones públicas.

Para fortalecer el atractivo de este nivel primario de PD, las instituciones públicas de atención a la salud y de educación básica deberían comprometerse a emplear anualmente un número definido de ellos para satisfacer sus necesidades de personal dental.

El segundo nivel comprendería personas que hubiesen logrado el nivel primario, por una parte, y que, a través de tres a cuatro años más de estudios, concretaran su entrenamiento en áreas en las que desarrollaran un nivel superior de experiencia. La admisión estaría regida por un riguroso examen de conocimientos aplicados y la demostración objetiva de habilidad clínica propia del nivel primario. De esta forma, ciertas especialidades podrían ser elegidas a los dos años de haber iniciado los estudios profesionales (más un tiempo razonable de experiencia práctica en el nivel primario), a fin de acortar el tiempo dedicado actualmente a los estudios. En consecuencia, se estaría satisfaciendo la necesidad de crear un número reducido de especialistas en ciertas áreas, sin tener que esperar primero el tiempo para que terminaran sus estudios como dentistas y después se es-

pecializaran. Como objetivo general de la formación de recursos humanos, la proporción de PD en el nivel primario (terapistas dentales) en comparación con el segundo nivel (estomatólogos) sería de aproximadamente 10 a 1.

Las áreas de especialización (modificadas) serían las siguientes (31):

- pediatría dental y ortodoncia;
- terapéutica restauradora y preventiva en el adulto, inclusive prostodoncia y prótesis fija/removible;
- cirugía, medicina y patología bucodentales;
- biología bucodental y endo-periodontología;
- planeación de servicios, epidemiología y salud pública;
- atención de personas con necesidades especiales (físicas, mentales y/o sociales).

En las circunstancias actuales, es preocupante que los errores emprendidos en los sistemas de atención bucodental en otros países pudieran perpetuarse en México. Es necesario una revisión a fondo de los objetivos y modelos de la práctica dental para alcanzar su cometido primordial: un estado de salud aceptable para la población y para la profesión, dentro de las posibilidades económicas y características socioculturales de cada grupo social. Esta revisión de metas y medios debe estudiar la relación costo-beneficio del modelo actual de atención a la salud contra medidas alternativas, como las propuestas en este documento. Asimismo, debe evaluar comparativamente los logros reales en términos de preservación y promoción de la salud, y no simplemente de rehabilitación temporal de la invalidez bucodental.

## REFERENCIAS

- 1 López-Cámara V. Contexto de la educación odontológica. *Educ Med Salud* 1988;22(2):180-190.
- 2 Maupomé G. Estrategias para reformar los sistemas de atención para la salud oral: caries dental. *Práctica Odontológica* 1990;11(5):17-26.
- 3 Huerta-Peña J. La práctica odontológica. Problemas y alternativas. *Práctica Odontológica* 1992;13(4):13-20.
- 4 López-Cámara V, Lara-Flores N. Trabajo odontológico en la ciudad de México. Crisis y cambios. Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Xochimilco. México, DF;1992.
- 5 López-Cámara V, Lara-Flores N. Trabajo odontológico en la ciudad de México. Análisis de la práctica dominante. Temas Universitarios No. 5. Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Xochimilco. México, DF; 1983.
- 6 Entwistle BA. Are we creating socially responsible dental professionals? *J Dent Educ* 1992;56(2):109-111.
- 7 Reygadas R, Villaseñor G. Elementos para el análisis de las profesiones en México. *Re-encuentro, Experiencias y Reflexiones sobre el Quehacer Universitario* 1989;1(1):2-6.
- 8 Kennedy JE, Crall JJ, Formicola AJ, et al. Draft recommendations from the Pew Health Professions Commission. *J Dent Educ* 1992;56(6):366-374.

- 9 Jensen K, Hermosillo Jensen GG. Salud dental: problemas de caries dental, higiene bucal y gingivitis en la población marginada metropolitana de México. *Bol Oficina Sanit Panam* 1983;94(6):587-603.
- 10 Lappe FM, Collins J. Food first. The myth of scarcity. London: Souvenir Press; 1980.
- 11 Restrepo I, Phillips D. La basura: consumo y desperdicio en el D.F. Centro de Ecodesarrollo, Instituto Nacional del Consumidor. México, DF; 1985.
- 12 World Health Organization. Alternative systems of oral care delivery. Geneva: OMS; 1987. (Technical Report Series No. 750).
- 13 Department of Health and Social Security. Towards better dental health. Report of the Dental Strategy Review Group. HMSO, London; 1981.
- 14 Loe H. Principles and progress in the prevention of periodontal disease. En: Lehner T, Cimasoni G, eds. *The Borderline Between Caries and Periodontal Disease II*. New York: Grune and Stratton; 1980.
- 15 Sheiham A. Dental caries in underdeveloped countries. *Cariology Today Int Congr Zurich*; 1983.
- 16 Burt BA. Fluoridation of public water supplies. En: Slack GL, ed. *An Introduction to Community Dentistry*, 2da. ed. Bristol: John Wright; 1981.
- 17 Cohen LK. Dental Care Delivery in Seven Nations: The international collaborative study of dental manpower systems in relation to oral health status. En: Ingle JL, Blair P, eds. *International Dental Care Delivery Systems. Issues in Dental Health Policies*. Cambridge, Mass: Ballinger; 1978.
- 18 Elderton RJ. Longitudinal study of dental treatment in the General Dental Service in Scotland. *Br Dent J* 1983;(155):91-96.
- 19 Elderton RJ. Changing scene in restorative dentistry. *Br Dent J* 1988;164(263-264).
- 20 Barmes DE, Sardo Infirri J. Global trends in oral disease. Proceedings of intercountry workshop on organized changes in educational systems for oral health manpower. Geneva: World Health Organization; 1984.
- 21 Lind PO, Moller IJ. New Trends in the delivery of oral health care. Proceedings of intercountry workshop on organized changes in educational systems for oral health manpower. Geneva: World Health Organization; 1984.
- 22 Downer M. Adult dental health in England and Wales 1968-1978. Implications for Planning. Report of a BASCD Workshop Proceedings. London: BASCD; 1982.
- 23 Sheiman A. Changing trends in dental caries. *Int J Epidemiol* 1984;13(2):142-147.
- 24 Jeffrey M. The contribution of the behavioural sciences to basic medical education in changing medical education in Western Europe. *Med Educ* 1978; 12(suppl):19-21.
- 25 British Association for the Study of Community Dentistry. Changes in dental caries levels. Report of workshop proceedings. London: BASCD; 1982.
- 26 Sanders D. The Struggle for health. *Medicine and the Politics of Underdevelopment*. London: MacMillan; 1985.
- 27 Burt BA. The relative efficiency of methods of caries prevention in dental public health. Proceedings of a workshop. June 1978. University of Michigan, Ann Arbor; 1979.
- 28 Horowitz HS. Fissure sealants in public health programmes. An analysis of cost-effectiveness, part 2. *Int Dent J* 1980a; 30:1117-1126.
- 29 Horowitz HS. Combinations of caries preventive agents and procedures. *J Dent Res* 1980b;59(SpEdd11):2183-2189.
- 30 Hermosillo GG, López-Cámara V, Álvarez-Manilla JM, et al. Formación y utilización de recursos humanos odontológicos en México. *Educ Med Salud* 1978;12(4):457-501.
- 31 Cowell, CR, Sheiham A. Promoting dental health. King Edward's Hospital Fund for London. London; 1981.

# **S**ISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE RECURSOS HUMANOS COMO INSTRUMENTO ESTRATÉGICO PARA ALCANÇAR EFICIÊNCIA E DEMOCRATIZAÇÃO NA GESTÃO LOCAL DE SAÚDE

Mário Roberto Dal Poz<sup>1</sup>

---

## **INTRODUÇÃO**

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) vem impulsionando a municipalização e a descentralização dos serviços de saúde no país. Este processo tem mostrado a necessidade de mudanças nos órgãos gestores para superar as insuficiências da assistência à saúde prestada à população.

As definições legais que apóiam essa municipalização (1) não são suficientes para dar consistência às mudanças. A conformação de novos modelos assistenciais, baseados na integração de serviços e atividades sob gestão municipal, necessita da aplicação de sistemas de planejamento, gestão e informação.

O planejamento depende da realização de diagnósticos precisos e sensíveis para a fixação de objetivos e metas e para a manutenção do próprio processo de planejamento. Bons diagnósticos exigem boas bases de informação. Os sistemas de informação revelam-se instrumentos imprescindíveis e extremamente úteis no cumprimento das atribuições conferidas à direção municipal do Sistema Único de Saúde pela Lei 8 080/90: “planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde” (1).

Para Mejia (2), “*la información es el fundamento indispensable para la planificación del personal. Los datos, o la información em ellos basada, son esenciales em cada una de las etapas*”.

---

<sup>1</sup> Professor do Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524, 7º andar, bloco D, Maracanã 20559.900, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E qual é a possibilidade das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) contarem com informações oportunas, alimentando decisões no momento adequado?

Este trabalho discute as possibilidades e os usos da informação no planejamento e na gestão de recursos humanos no novo cenário do Sistema Único de Saúde. Em sua primeira parte, discute-se a necessidade e a relevância da informação sobre recursos humanos para os sistemas e serviços locais de saúde apresentando, em seguida, as principais fontes de informações sobre recursos humanos em saúde disponíveis, enfocando suas limitações.

Na terceira parte descrevem-se as características exigidas na definição de um sistema voltado para o gestor municipal e, na penúltima parte, analisam-se os benefícios decorrentes da implantação de um sistema de informações sobre recursos humanos, considerando-se as peculiaridades e diversidades dos municípios brasileiros.

Por último, indicam-se alguns problemas e limitações para a implantação e uso de sistemas de informações sobre recursos humanos nas secretarias municipais de saúde, ante as resistências à democratização dos processos de gestão.

## **NECESSIDADE E RELEVÂNCIA DA INFORMAÇÃO**

Os diagnósticos sobre a situação social de cada município têm sido feitos pelos governos federal ou estadual, sem a participação local. As administrações municipais não têm, historicamente, desenvolvido esse e outras dimensões técnicas, fundamentais como subsídio ao processo de planejamento em saúde (3).

Os sistemas de informações sobre saúde expressam bem essas limitações. Os governos federal ou estadual, mas sobretudo o primeiro, têm concebido, implantado e desenvolvido sistemas centralizados, alijando os municípios de qualquer participação no processo de planejamento, implantação e desenvolvimento. Quando muito, lhes é dado o papel de "coletores de dados" (3, 4).

Esse quadro choca-se com as propostas de descentralização da gestão, do direito à informação e de integração, previstos nas normas legais dos SUS (1).

Além disso, os próprios processos decisórios das organizações de serviços de saúde exigem que os técnicos e dirigentes, particularmente os gestores municipais de saúde, passem a utilizar procedimentos gerenciais alicerçados em informações.

Contudo, não basta apenas tornar disponíveis ou ofertar informações, pois a tendência é que se tornarão ociosas e pouco utilizadas. O importante e prioritário é desenvolver a demanda por informações, enfatizando a eficácia da informação como instrumento para subsidiar o planejamento.

Perguntas sobre a necessidade de qualificação técnica, plano de cargos e carreiras ou, ainda, sobre a forma de estabelecer adequadamente a necessidade de pessoal nas diversas unidades de serviços, não podem ser respondidas sem que haja disponibilidade de informações (5).

É fundamental contemplar os aspectos de formação, educação continuada, recrutamento, seleção, desenvolvimento e características da força de trabalho em saúde.

Um sistema de informações sobre recursos humanos em saúde torna-se, assim, relevante ao permitir conhecer as vertentes qualitativas e quantitativas da força de trabalho existente em cada esfera de governo. Lucena (6) considera que “a formulação e a manutenção de um sistema de informações de recursos humanos compõe uma das atividades básicas para subsidiar a gestão de recursos humanos”.

## **FONTES DE DADOS E DE INFORMAÇÕES**

As primeiras fontes de informações sobre recursos humanos em saúde encontram-se dispersas em diversos sistemas que podem ser divididos em quatro grandes blocos: estoque ou quantitativo de profissionais, fluxo de profissionais, emprego ou postos de trabalho e formas de organização corporativa (7, 8).

As informações do quantitativo de profissionais provêm, em geral, dos censos demográficos decenais e das pesquisas por amostragem domiciliar realizadas pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A abrangência das pesquisas por amostragem domiciliar é menor, pois contempla apenas capitais e regiões metropolitanas.

Quanto ao fluxo de profissionais, a principal fonte é o Ministério da Educação e do Desporto que dispõe de dados sobre os egressos das escolas de nível superior, médio e elementar. Esse sistema, baseado em inquéritos de âmbito nacional, contém ainda outros aspectos relacionados à formação de pessoal.

Os dados sobre emprego ou postos de trabalho têm como principal fonte a pesquisa “Assistência Médico-Sanitária” (AMS) realizada anualmente pelo IBGE desde 1978. De 1987 a 1991, os dados sobre recursos humanos deixaram de ser registrados, só voltando a ser apurados em 1992. Outra fonte bastante importante é a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) do Ministério do Trabalho, com dados sobre emprego e remuneração no setor.

Muitas dessas informações podem também ser obtidas junto ao Ministério da Saúde que montou um sistema que aglutina dados provenientes de várias fontes (9).

Além dessas fontes existem os registros administrativos das instituições empregadoras, tecnicamente classificados no bloco de postos de trabalho: *folha de pagamento e cadastro funcional*. As folhas de pagamento no setor público, além dos problemas de desatualização e limitação dos dados,

normalmente só podem ser acessadas pelos sistemas de folha de pagamento. E esses sistemas, de um modo geral, são manejados fora dos órgãos de saúde e centralizados. Muitas vezes os aposentados estão incluídos em seus registros, dificultando mais ainda a sua utilização e manejo.

Os cadastros funcionais dos serviços públicos de saúde são setores bastante arcaicos e atrasados, do ponto de vista administrativo e gerencial. As deficiências desses sistemas geraram um comportamento corrente entre os servidores: a guarda pessoal dos documentos originais como portarias de nomeação, atos de investidura e outros. Os longos meses habitualmente exigidos para a concessão das aposentadorias ou outros benefícios são decorrência direta da precariedade desses cadastros.

As informações sobre formas de organização corporativa provêm dos sindicatos, federações e conselhos profissionais. As associações profissionais também possuem registros da oferta de profissionais, embora nem sempre atualizados.

Os mais importantes estudos disponíveis sobre a força de trabalho em saúde utilizaram essas fontes numa perspectiva abrangente e em análises macrorregional e nacional (10-12). Essas fontes e as estatísticas a partir delas produzidas, são de grande importância na formulação das políticas de recursos humanos e no estabelecimento de prioridades em nível nacional ou regional.

No entanto, a maioria dessas fontes trabalham com alto nível de agregação de dados, produzindo estatísticas que visam apoiar o processo de tomada de decisões a nível nacional e avaliar macrotendências, sendo limitado o uso em questões locais.

Outro problema é que essas fontes representam aproximações e óticas diferentes, nem sempre comparáveis. E a facilidade de acesso a cada fonte varia muito em função do nível que se deseja (tabulações específicas são caras e nem sempre possíveis).

Sem descartar o uso ou a importância de qualquer dessas fontes, verifica-se como é limitada a possibilidade dos municípios contarem com informações precisas e oportunas sobre a sua força de trabalho em saúde.

## **ELEMENTOS E BENEFÍCIOS DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE**

A diversidade de características dos municípios brasileiros e a multiplicidade de situações institucionais obrigam a que se reflita sobre essa realidade e os problemas dela decorrentes para o desenho de um sistema de informações sobre recursos humanos em saúde.

As estruturas organizacionais da área de saúde nos municípios ainda apresentam grande debilidade. Em uma recente avaliação sobre o processo de municipalização dos serviços de saúde no Estado do Rio de Janeiro (13) quase dois terços dos municípios incluídos na amostra não tinham infraestrutura operacional ou técnica permanente para o planeja-

mento ou a gerência de serviços de saúde. Esses órgãos municipais de saúde também não dispunham de informações gerenciais sobre os seus funcionários.

A legislação de pessoal, apesar da influência da legislação federal, apresenta-se de maneira diferenciada nos municípios e estados. Órgãos que já instituíram o regime jurídico único, com estabilidade, mantêm também trabalhadores contratados pelo regime de legislação trabalhista (CLT). A jornada de trabalho é bastante diferenciada segundo o vínculo empregatício ou a categoria profissional ou ainda dentro da mesma categoria profissional, como é o caso dos médicos.

Os critérios de preenchimento e a estrutura dos cargos de direção e assessoramento são diferenciados em cada órgão ou instituição de saúde (14).

O Sistema Único de Saúde abrange mais que os serviços públicos de saúde. Os serviços privados, principalmente aqueles que são contratados, conveniados ou credenciados para atender pacientes para o SUS, estão submetidos ao controle e avaliação do sistema local de saúde.

Muitos municípios, particularmente aqueles de médio porte, já iniciaram a implantação de distritos sanitários (15).

Considerando assim esse conjunto de questões e características que envolvem o Sistema Único de Saúde, o desenvolvimento de sistemas de informações deve nortear-se por alguns parâmetros gerais, como forma de garantir a descentralização e a democratização da gestão na área de recursos humanos em saúde.

O primeiro parâmetro é o acesso aos relatórios do sistema. Com o objetivo de estimular o uso do sistema de informações, democratizando a gestão pública, bem como de melhorar e aperfeiçoar o próprio sistema, deve-se estabelecer mecanismos de acesso aos diversos componentes da sociedade que interagem, direta ou indiretamente, com o Sistema Único de Saúde, tais como as universidades, os centros de pesquisa, os membros do Conselho Municipal de Saúde e também as representações dos servidores.

O segundo parâmetro é a oportunidade dessas informações. Para que as informações possam fluir de forma oportuna e adequada, o processamento deve ser feito por meios eletrônicos, pois para elas a gerência tem atividades e necessidades quotidianas (16). Após montado o banco de dados, este deve ser constantemente atualizado. Isto significa que, dependendo da complexidade do órgão municipal de saúde, deverá ser implantado um sistema de *rede local* funcionando *on line*.

A garantia de adequação e a confiabilidade dos dados é o terceiro parâmetro. A montagem do sistema de informações deve, por isso, incluir bons instrumentos de coleta dos dados e adequado treinamento dos responsáveis pelo seu funcionamento.

Além desses parâmetros gerais, é conveniente que todos os trabalhadores de saúde sejam incluídos no banco de dados do sistema, in-

dependente de sua vinculação institucional. O elemento fundamental para estar apto ao cadastramento é estar lotado em unidade local de saúde, de preferência sob gestão municipal. Esta definição visa superar a limitação da folha de pagamento, pois servidores de diferentes esferas de governo trabalham no serviço local de saúde. O cadastramento deve procurar incluir também os trabalhadores contratados em regime de prestação de serviços por empresas de vigilância, limpeza ou outras, em regime de terceirização. Apesar do objeto desses contratos estar nos serviços e não nas pessoas, o fato é que, tradicionalmente, os serviços de saúde utilizam vários processos indiretos de contratação de mão-de-obra, e esses trabalhadores têm participação no processo de produção dos serviços de saúde. Essas situações têm de ser avaliadas em função da maior ou menor rotatividade e da integração nas equipes de saúde.

A montagem do banco de dados deve contemplar o interesse da informação para a gestão dos recursos humanos em saúde, bem como a disponibilidade de recursos técnicos e financeiros, e ainda a dinâmica de funcionamento do órgão municipal de saúde, o município e os mecanismos de regulação do processo de trabalho a nível local.

As variáveis a serem incluídas no banco de dados podem ser agrupadas em três categorias: características pessoais, capacitação e relação com o trabalho.

O número de variáveis não precisa ser fixo, porém só devem ser incluídas aquelas absolutamente imprescindíveis para o objetivo proposto. A inclusão de variáveis de uso pouco freqüente complica, desnecessariamente, o preenchimento e aumenta o custo e o tempo de processamento.

As variáveis que se seguem (figura 1), agrupadas por categorias, exemplificam a estrutura de banco de dados que integra um sistema desenvolvido para implantação em unidades e secretarias municipais de saúde (17, 18).

E qual é o efetivo benefício do sistema de informações gerenciais para a melhoria do processo decisório do gestor municipal de saúde? Em geral é difícil fazer essa avaliação de forma quantitativa (19). Entretanto, podem-se examinar determinadas hipóteses e apontar possíveis impactos de modo a permitir uma compreensão, ainda que genérica, da importância do sistema de informações na gestão dos recursos humanos pelos serviços e sistemas municipais de saúde.

Esse tipo de sistema pode ser considerado como um produto ou instrumento da área de recursos humanos colocado à disposição do gestor municipal de saúde.

As melhoras no acesso às informações, propiciadas por relatórios precisos e rápidos, reduz o esforço e os erros nos processos de fixação ou revisão do quantitativo de profissionais por setor e por unidade.

A tomada de decisões ganha maior racionalidade com o fornecimento das informações necessárias aos diversos procedimentos gerenciais, como recomposição das equipes de trabalho, realização de concursos e melhores projeções do volume de aposentadorias nos períodos seguintes.

**FIGURA 1. Dados e informações para o sistema de informações sobre recursos humanos em saúde****Características pessoais**


---

Nome	Identificação cadastral
Sexo	Estrutura da força de trabalho
Nascimento	Estrutura etária da força de trabalho
Endereço	Correspondências e outras comunicações (sujeito a freqüentes modificações)
Código de endereçamento postal (CEP)	Idem
Telefone	Idem
Cadastro de pessoa física (CPF)	Controle de homônimos
Matrícula	Elemento de controle e referência institucional

**Capacitação/habilitação**


---

Escolaridade	Nível de escolaridade da força de trabalho; servidores em formação; necessidades de escolarização
Categoria profissional	Composição das diversas categorias profissionais
Registro no Conselho Profissional	Avaliação da qualificação e exercício profissional
Outra formação	Avaliação de possibilidades de progressão ou desvio funcional
Especialidade médica exercida	Alocação e composição das especialidades médicas
Especialidade médica por formação	Recomposição de equipes

**Relação com o trabalho**


---

Admissão	Tempo de serviço
Unidade	Alocação de pessoal nas diversas unidades
Vínculo	Distribuição de pessoal das diversas instituições lotado nas unidades
Setor	Alocação de pessoal nos diversos setores das unidades
Cargo	Distribuição dos cargos nas diversas unidades
Função	Distribuição das funções e desvios funcionais
Jornada de trabalho	Quantitativo de plantonistas e diaristas
Afastamento	Detectar o percentual de servidores afastados e licenciados
Órgão atual	Identificação da lotação dos servidores afastados
Cargo em comissão	Estrutura de cargos da instituição

---

A circulação de informações pode permitir maior interação entre os diversos setores das Secretarias Municipais de Saúde em unidades de saúde. A existência de informações seguras facilita a elaboração de melhores projeções como a de futuras aposentadorias.

Além desses pontos assinalados, um sistema de informações eficiente facilita a descentralização das decisões e pode também ajudar na adaptação organizacional para enfrentar acontecimentos não previstos.

A disponibilidade de informações e sua confiabilidade pode melhorar as difíceis relações entre os setores de área de recursos humanos e os diretores e demais gerentes das unidades de saúde, tais como hospitais e ambulatórios.

Um benefício indireto da disponibilidade de informações poderá ser a redução da mão-de-obra burocrática e dos custos operacionais, assim como a redução dos níveis hierárquicos da instituição.

O acesso aos relatórios do sistema, desfazendo a idéia de “caixa preta”, permite uma melhor interação com os sindicatos e associações de funcionários.

A implantação gradativa de um sistema de informações para subsidiar o planejamento e gerenciamento de recursos humanos nos diferentes níveis, ressaltando a adequada identificação dos dados que lhe são necessários (20), é uma preocupação de dirigentes e técnicos da área de recursos humanos do setor saúde que pode ser atendida a partir dos elementos aqui expostos.

No entanto, com Nogueira (21) diz muito bem, a implantação desse tipo de sistema requer o empenho dos dirigentes institucionais e a mobilização dos recursos apropriados, visando superar resistências e oferecer as condições para a sua concretização.

## **LIMITES E PROBLEMAS DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES EM RECURSOS HUMANOS DE SAÚDE**

Uma primeira dificuldade pode ser encontrada junto aos próprios servidores pelo desconhecimento e pequena difusão na administração pública do uso da informática ou de sistemas automatizados de gestão. Além disso, a disponibilidade de pessoal técnico mais qualificado é inibida pelos baixos salários e desorganização dos serviços públicos de saúde em muitos estados.

A resistência dos servidores à coleta dos dados é outro problema a ser enfrentado. Repetidas vezes os servidores têm sido convocados a preencher cadastros e censos, muitas vezes sob ameaças de corte de pagamento em caso de não atendimento dentro de determinado prazo. Essa dificuldade só pode ser superada com estratégias de informação e esclarecimento dos servidores, ganhando a sua solidariedade e apoio na implantação do sistema.

A crise das políticas sociais, em particular a de saúde, tem aumentado as dificuldades e a responsabilidade dos municípios na gestão dos serviços de saúde. Isso repercute fortemente nos mecanismos de relacionamento com os trabalhadores da saúde: limitação salarial, redução de pessoal, congelamento de quadro de pessoal. Essa é uma importante limitação na difusão de propostas para a implantação de sistemas de informações sobre recursos humanos.

A transitoriedade das ações administrativas, decorrente da alternância de poder, é outra limitação já que o usual tem sido que os compromissos se relacionem com apenas um período de governo e não com a sedimentação e o desenvolvimento das políticas públicas.

## CONCLUSÕES

O desenvolvimento da municipalização e da descentralização dos serviços de saúde tem animado a discussão sobre os processos gerenciais, até mesmo em face da conjuntura de crise e da implantação do Sistema Único de Saúde.

A utilização de sistemas de informação para a tomada de decisão, aproxima as soluções da realidade e aumenta a eficiência das ações destinadas a oferecer serviços de saúde mais adequados à população. Nesse sentido, o conhecimento quantitativo e qualitativo da força de trabalho em saúde reveste-se de muita importância para o sistema de saúde.

Apesar das dificuldades, resistências e limitações no seu desenvolvimento e difusão, a implantação de sistemas de informação pode contribuir para democratizar a gestão na área de recursos humanos em saúde e alcançar maior eficiência e eficácia na ação do gestor municipal de saúde.

## NOTA FINAL

Agradeço as críticas e observações de Anna Maria Campos (professora da COPPEAD/UFRJ e consultora autônoma), Alice Branco (mestranda em saúde coletiva e pesquisadora associada no IMS-UERJ), Celia Pierantoni (professora associada do IMS-UERJ). Agradeço ainda o apoio da bibliotecária Regina Amato e a revisão e solidariedade de Regina Ungerer (médica da FIOCRUZ). Mesmo com essa ajuda as incorreções devem ser atribuídas inteiramente ao autor, assim como são de sua inteira responsabilidade as opiniões nele contidas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Brasil. Assessoria de Comunicação Social. *Lei orgânica da saúde*. Brasília: 1991.
- 2 Mejia A. *Proceso de desarrollo del personal de salud*. Em: Hall TL, Mejia A. *Planificación del personal de salud: principios, métodos, problemas*. Genebra: Organización Mundial da Saúde; 1979:53.
- 3 Possas C. *Sistemas estaduais de informação em saúde no Brasil: situação atual e perspectivas*. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Oswaldo Cruz; 1989.
- 4 Tasca R, Grego C, Villarosa FN. *Sistemas de informação em saúde para distritos sanitários*. Em: Mendes VM (org.) *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC- Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 1993.
- 5 Dal Poz MR, Romano RAT. Reflexões sobre planejamento e a gestão de recursos humanos em saúde. *Saúde em Debate* Londrina: 1990;29:57-61.

- 6 Lucena MDS. *Planejamento de recursos humanos*. São Paulo: Editora Atlas; 1991.
- 7 Medici AC. Descentralização e informação em saúde: planejamento e políticas públicas. Brasília: *Ipea* 1992;5:5-29.
- 8 Campos FE, Medici AC, Girardi SN. Información y recursos humanos en salud: una propuesta para América Latina. Washington, DC. (Documento mimeografado, sem dat).
- 9 Brasil. Formação superior em saúde: tendências da graduação no período 1985-1991. *Cadernos RH Saude* Brasília: 1993;1(2).
- 10 Medici AC. A força de trabalho de saúde no Brasil dos anos 70: percalços e tendências. *Rev Adm Pública* Rio de Janeiro: 1986;20(3).
- 11 Nogueira RP. Dinâmica do mercado de trabalho em saúde do Brasil, 1970-1983. *Educ Med Salud* Washington, DC: 1986;20(3):335-350.
- 12 Girardi SN. La fuerza de trabajo en el sector salud: elementos teóricos y evidencias empíricas. *Ed Med Salud* Washington, DC: 1991;25(1):37-47.
- 13 Dal Poz MR, Formiga C, Varella TC. *Avaliação do processo de municipalização da saúde no Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: 1993. [Relatório de pesquisa, documento mimeografado.]
- 14 Mendes EV (org.). *Distrito Sanitário: a mudança das práticas sanitárias no processo de construção dos SUS*. São Paulo: HU-CITEC/Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 1993.
- 15 Donalísio MR. A informação e o município. *Saúde em Debate* Londrina: 1993;39:64-69.
- 16 Dal Poz MR, Romano RAT, Comino LBS, Silva TCF. Sistema de informação de recursos humanos em saúde no Rio de Janeiro: estudo exploratório. *Série Estudos em Saúde Coletiva* Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1992;17.
- 17 Brasil. Ministério da Saúde. Oficina de trabalho sobre principais problemas de administração de recursos humanos dos SUS, Brasília 5 e 6 de dezembro. 1989. [Documento mimeografado.]
- 18 Dal Poz MR, Branco A, Max J. *Sistema de informação e gestão de recursos humanos em saúde*. 1993. (Programa de computador registrado no Instituto Nacional de Propriedade Industrial/Ministério da Indústria e do Comércio, com sigilo.)
- 19 Oliveira DPR. *Sistemas de informações gerenciais: estratégias, táticas operacionais*. São Paulo: Atlas; 1992.
- 20 Brasil. *Sistema Único de Saúde: diretrizes para formulação de política de recursos humanos*. Brasília: Ministério da Saúde; 1989.
- 21 Nogueira RP. Um sistema de informação alternativo para gerência de pessoal de saúde. *Boletim Informativo RH-SUS* Brasília: Ministério da Saúde; 1993;2(1).

# **F**ACTORES ASOCIADOS CON LA PRODUCTIVIDAD MÉDICA

*Armando Arredondo*<sup>1</sup>

---

La crítica situación económica que se produjo en México durante la década de 1980 obligó a hacer cambios en la estructura organizacional de los sistemas de salud así como en la asignación de recursos orientados al sector (1, 2). Esos cambios dieron lugar a la necesidad de desarrollar soluciones alternativas para mejorar la forma de administrar —en términos de eficacia y eficiencia— los insumos necesarios para la producción de servicios de atención médica.

Dentro de este contexto, los sistemas de salud se vieron afectados por problemas vitales relacionados con la equidad, la calidad de la atención, la productividad del personal de salud, la utilización de los servicios y la accesibilidad, eficiencia y tecnología médica, entre otros. Esos problemas constituyeron los atributos básicos del desempeño de los servicios de atención que otorga un hospital a la población.

El presente estudio de caso muestra el análisis de los factores asociados a la productividad médica como uno de los problemas prioritarios de la organización de los sistemas de salud (4, 5). La productividad quedó definida como la relación entre los resultados obtenidos y los insumos utilizados en un período de tiempo determinado (6, 7).

Para demostrar el planteamiento anterior, se tomó el marco de referencia elaborado por distintos autores en otros países, principalmente Estados Unidos y Canadá (8, 9), quienes consideran que para el estudio de la productividad médica en los servicios de salud y los factores que la determinan, es necesario tomar en cuenta los siguientes aspectos fundamentales:

## **EL INSUMO Y EL PRODUCTO**

En los servicios de salud el insumo se puede convertir en producto dependiendo de la unidad y el nivel de análisis; un ejemplo de esto

---

<sup>1</sup> Jefe del Departamento de Investigación en Financiamiento y Tecnología para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Ministerio de Salud, México, D.F., México.

podemos verlo cuando se analiza la productividad en el servicio de cirugía, ya que la consulta externa es un insumo para llegar al producto final que sería una intervención quirúrgica (10-12).

## **PRESENCIA DE PRODUCTOS MÚLTIPLES**

En un sistema de atención médica el mismo insumo puede originar diferentes productos, es decir, un médico puede participar en conferencias, hacer intervenciones quirúrgicas, asistir a sesiones clínicas y trabajar en la consulta externa. Por lo tanto, es necesario delimitar el producto a la hora de medir la productividad (13-15).

## **DEFINICIÓN DE LA UNIDAD ORGANIZACIONAL**

La productividad de un servicio está determinada en gran parte por las aportaciones de los médicos; de manera similar la productividad de los médicos depende de la forma en que ellos utilicen los recursos que les brindan los hospitales, y por supuesto, de la estructura organizacional mediante la cual se organizan los recursos para la producción de servicios. Por ejemplo, los servicios de un hospital para pacientes internos y externos pueden sustituir casi por completo los servicios a domicilio o los del consultorio; esto también puede darse en sentido inverso lo que seguramente originaría cambios en la productividad (16, 17).

## **OTROS INSUMOS**

En la producción de servicios médicos intervienen varios insumos. Aunque generalmente el insumo más importante es el médico, hay además otros insumos como son los profesionales de la salud, las diversas e innovadoras tecnologías de tratamiento y administración, así como la organización del personal, del espacio y de la afluencia de trabajo (18, 19).

## **CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LOS MÉDICOS**

Además de la magnitud y naturaleza de los insumos, hay ciertas características del médico que influyen en la productividad y la calidad de la prestación del servicio; dichas características incluyen los antecedentes sociodemográficos (edad, sexo, origen social, etc.); antecedentes educacionales (escuela del egresado, posgrado, internado, etc.), y antecedentes laborales (número de empleos en el área médica, tipo de funciones en el segundo o tercer trabajo, antigüedad laboral en la prestación de servicios médicos, y otros) (20-24).

## DEMANDA DE SERVICIOS

La variedad y la cantidad de servicios de atención médica que una determinada población demande a una organización de salud, repercute en la productividad de un servicio de atención médica. Es importante considerar las tendencias históricas de la demanda así como los casos nuevos de enfermedad que demanden servicio de atención, puesto que estos dos aspectos pueden estar determinando los patrones de productividad en un momento dado (25, 26).

Tomando en cuenta los aspectos que se mencionan, esta investigación trató de encontrar respuesta a dos preguntas claves:

*¿Cuáles son las características y los factores determinantes de la productividad médica?*

*¿Cuáles son los patrones y los índices de productividad que hubo en los diferentes períodos de estudio en el hospital de referencia?*

Por otra parte, teniendo como objetivos centrales la determinación de los factores asociados a la productividad médica en el servicio de consulta externa y la identificación de los patrones e índices de productividad en el hospital de referencia, el presente estudio planteó como hipótesis de trabajo que los antecedentes personales, educacionales y laborales de los médicos son factores que están asociados de manera directa a las características que determinan la productividad médica; que la implementación de un cambio organizacional tiene efectos decrecientes sobre la productividad médica y que los cambios en la demanda del servicio intervienen en la productividad de los médicos, de manera que esta aumenta o disminuye según sea la tendencia de dicha demanda.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo está basado en un estudio longitudinal de tipo analítico-explicativo. La población de estudio estuvo compuesta por 30 médicos: 6 médicos generales, 4 especialistas en medicina preventiva, 3 especialistas en medicina familiar, 2 pediatras, 5 internistas, 3 cirujanos, 6 gineco-obstetras y 1 cardiólogo. Todos los médicos estaban adscritos al servicio de consulta externa de un hospital público de segundo nivel de atención, y tenían una antigüedad laboral mayor de 5 años en el hospital.

Se decidió evaluar la productividad médica y los factores que la determinan en el servicio de consulta externa, tomando como insumo crítico la hora-médico en el servicio, y como producto la consulta externa, entendida esta como cualquier visita al consultorio para diagnóstico y tratamiento de alguna necesidad específica de salud (27, 28). Por otra parte, teniendo como variable dependiente la productividad médica, las variables independientes que se tomaron en cuenta fueron: variables propias del médico (antecedentes sociodemográficos, antecedentes educacionales y anteceden-

tes laborales); variables propias de los servicios (cambio en la estructura organizacional de una estructura vertical a una estructura matricial) y variables propias de la población (cambios en la demanda del servicio).

La investigación se basó en la recolección de datos primarios, mediante un cuestionario estructurado para una entrevista directa con el personal médico. En el cuestionario se incluyeron tres baterías de preguntas en relación con los antecedentes personales, educacionales y ocupacionales de los médicos. Para las variables estructura organizacional y demanda de población, se utilizaron fuentes de datos secundarios, principalmente documentos institucionales y registros hospitalarios. Después de haber realizado la prueba piloto y el rediseño del cuestionario, el levantamiento de la información se llevó a cabo en un período de 4 semanas, incluyendo una segunda entrevista en el 10% de los entrevistados.

El índice de productividad se calculó a partir de los registros hospitalarios en un período de 3 años, obteniendo el promedio de consultas por hora-médico antes, durante y después del cambio de la estructura organizacional. También hay que resaltar que para los fines del análisis y de acuerdo con los estándares de productividad del hospital de estudio, se determinaron dos categorías de productividad: la categoría A, que incluyó los médicos con una productividad menor de 2 consultas por hora, y la categoría B, que incluyó los médicos con 2 o más consultas por hora.

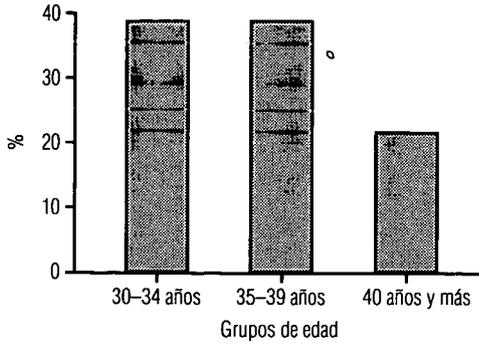
El 100% de los médicos entrevistados respondieron al cuestionario. Después de codificada y revisada la información se procedió a integrar el banco de datos en Dbase Plus y el procesamiento del mismo en SPSS, a través del cual se realizó un análisis univariado, bivariado y trivariado. Para este análisis se trabajó con valores  $P$  y  $\chi^2$  cuadrado como pruebas para la comprobación de hipótesis; para determinar la fuerza de asociación entre variables se utilizaron las pruebas de gamma y de  $Q$ .

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

En relación con el análisis univariado de la población de estudio se obtuvo la siguiente información: la mayoría de los médicos tenían menos de 40 años (figura 1), esto indica el aumento en la formación de recursos humanos en salud durante las últimas décadas. Lo mismo sucede con la variable sexo, donde la mayoría eran hombres. En cuanto al origen social, llama la atención que más del 50% de los médicos procedían de estrato socioeconómico medio (figura 2). En cuanto a las frecuencias relativas a la escuela de egreso del médico, se observó que la mayoría eran egresados de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), siguiendo en orden de frecuencias los egresados de otras escuelas públicas y de escuelas privadas (figura 3).

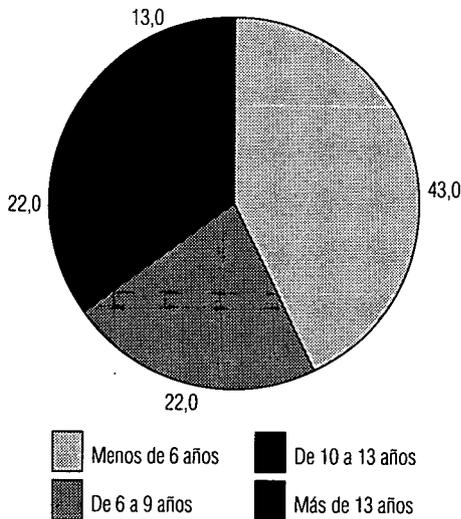
En relación con los antecedentes laborales, se encontró que casi la totalidad de los médicos tenían más de un trabajo; solo el 4% tenía un solo trabajo (figura 4). No es de sorprender el alto porcentaje de médicos

**FIGURA 1. Edad de la población de estudio.**



**Fuente:** Encuesta de Productividad Médica, CISP-1989.

**FIGURA 2. Años de escolaridad del padre del médico.**

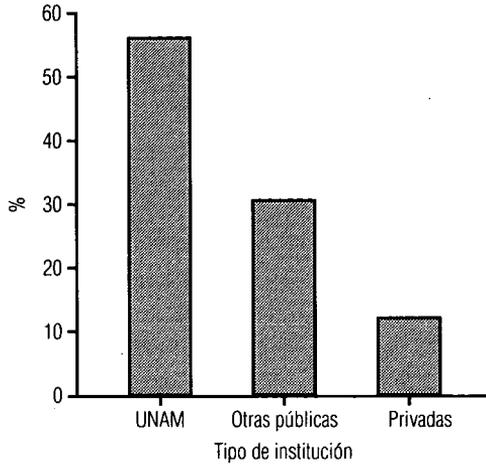


**Fuente:** Encuesta de Productividad Médica, CISP-1989.

que tienen más de un trabajo si consideramos las condiciones de empleo imperantes en el mercado de trabajo médico en México.

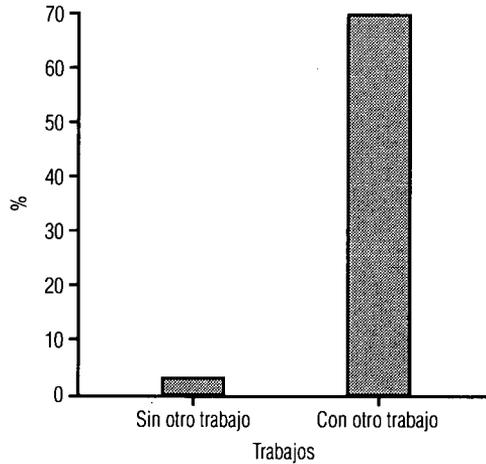
El índice de productividad fue de 2,07 consultas por hora-médico con una desviación estándar de 0,6 y un rango de 1 a 4 consultas por hora. Este índice de productividad experimentó algunos cambios importantes debidos al cambio en la estructura organizacional implementada un año antes del estudio. Se observó que para los primeros semestres de 1986, 1987 y 1988, el índice de productividad fue 2,40, 1,80 y 2,07 consultas por hora-médico, respectivamente (figura 5).

**FIGURA 3. Escuela de egreso del médico.**



**Fuente:** Encuesta de Productividad Médica, CISP-1989.

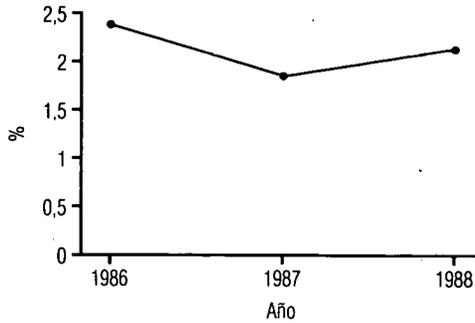
**FIGURA 4. Antecedentes laborales de los médicos.**



**Fuente:** Encuesta de Productividad Médica, CISP-1989.

Después del cambio estructural implementado en el hospital, la demanda descendió en 20%, a la vez que disminuyó el índice de productividad por hora-médico; sin embargo, para 1988 con una demanda mayor en relación con el período anterior, el índice de productividad tendió a incrementarse. Lo anterior podría indicar que la variable demanda tuvo un rol determinante en las características que determinan la productividad.

**FIGURA 5. Índice de productividad para 1986, 1987 y 1988.**

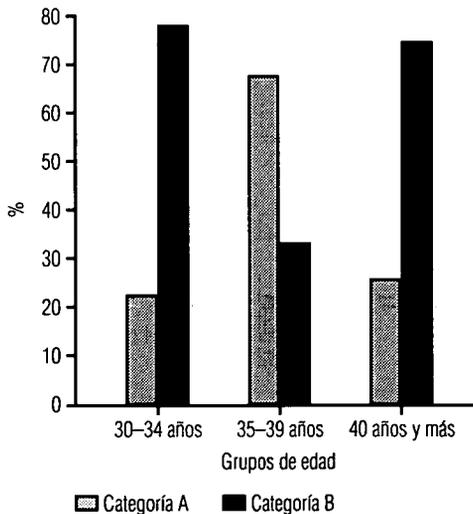


**Fuente:** Encuesta de Productividad Médica, CISP-1989.

Es importante destacar que los cambios más bruscos en la demanda de servicios coincidieron con las primeras semanas de la implementación del cambio estructural y que en la medida en que la nueva estructura organizacional recibía mayor aceptación, por parte de proveedores y consumidores, la demanda del servicio se fue regularizando de acuerdo con las tendencias históricas.

Antes de pasar a los resultados del análisis bivariado y de la prueba de hipótesis, hay que aclarar que dado el tamaño de la muestra se decidió tomar los niveles de significancia  $< 0,10$  y  $< 0,05$  para el rechazo de la hipótesis nula (figura 6).

**FIGURA 6. Productividad según la edad del médico.**



Resultado de Pruebas Estadísticas:  $X^2 = 3.65$ ,  $P < .15$ ,  $\text{Gamma} = .60$

**Fuente:** Encuesta de Productividad Médica, CISP-1989.

Para el caso del análisis bivariado de productividad con edad, el resultado observado indica que son los médicos jóvenes y los de mayor edad los que tienen mayor índice de productividad (figura 6); aún cuando la prueba de  $\chi^2$  cuadrado resultó moderadamente significativa ( $\chi = 3,65$  y  $P < 0,15$ ), considerando que el valor de gamma muestra una asociación positiva (0,60) y dado el tamaño de la muestra se considera que hubo una asociación con un importante grado de significancia.

Para el caso de la variable sexo (cuadro 1), pudiera decirse que pertenecer al sexo masculino permite ser más productivo; sin embargo, esto hay que tomarlo con cierta cautela ya que no se profundizó en el análisis de otras variables relacionadas con sexo (maternidad, paternidad, etc.). Por lo tanto, aún cuando la prueba de  $\chi^2$  cuadrado ( $\chi = 3,6$  con  $P < 0,05$ ) tuvo cierta significancia estadística y la fuerza de asociación de la prueba  $Q$  fue de 0,81, no se puede afirmar que es una variable determinante si no más bien habría que hacer un análisis más detallado al respecto, lo cual sobrepasa los objetivos de este estudio.

En relación con el origen social, si tomamos como indicador la escolaridad del padre, los resultados permiten hablar de una importante dependencia entre ambas variables, teniendo una prueba de  $\chi^2$  cuadrado de 8,7 con  $P < 0,05$  y  $Q = 0,90$  (cuadro 2). A medida que el nivel socioeconómico del médico aumenta, la productividad disminuye de manera directa; lo anterior pudiera estar relacionado con el hecho de que los médicos de origen social alto acuden a escuelas privadas que los preparan para ejercer funciones médico-administrativas (29).

**CUADRO 1. Productividad médica por sexo.**

Categoría	Sexo	
	Masculino	Femenino
Categoría A	23%	67%
Categoría B	77%	33%
Total	100%	100%

*Fuente:* Encuesta de Productividad Médica. CISP-1989.

**CUADRO 2. Productividad por años de educación formal del padre.**

Categoría	Educación del padre	
	Menos de 6 años	Más de 6 años
Categoría A	13%	75%
Categoría B	87%	25%
Total	100%	100%

*Fuente:* Encuesta de Productividad Médica. CISP-1989.

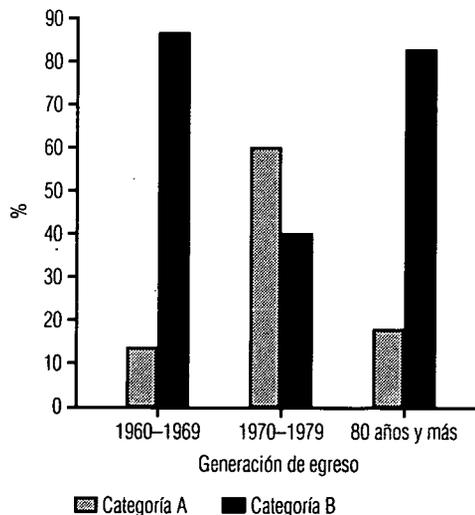
Hasta aquí es posible rechazar la hipótesis nula que analiza la relación entre la variable dependiente “productividad médica” y la variable independiente “antecedentes personales de los médicos” (figuras 7 y 8).

Pasando al análisis de la generación de egreso, el resultado fue similar al análisis sobre la edad del médico, observándose un valor para  $\chi^2$  cuadrado de  $x = 4,9$  con  $P < 0,05$  y Gamma = 0,39 (figura 8). En base a estos resultados del análisis bivariado, se rechazó la hipótesis nula que relaciona la productividad y los antecedentes educacionales del médico.

En lo relativo a los antecedentes laborales y su asociación con la productividad de la consulta médica, se analizó la antigüedad laboral en la consulta obteniéndose  $x = 3,1$ ,  $P < 0,05$  y Gamma de 0,19 (figura 9); mientras que para el antecedente de otros trabajos y tipo de institución se obtuvo una  $x = 3,08$  con  $P < 0,10$  y prueba de  $Q = 0,62$ . Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula que relaciona productividad con antecedentes laborales.

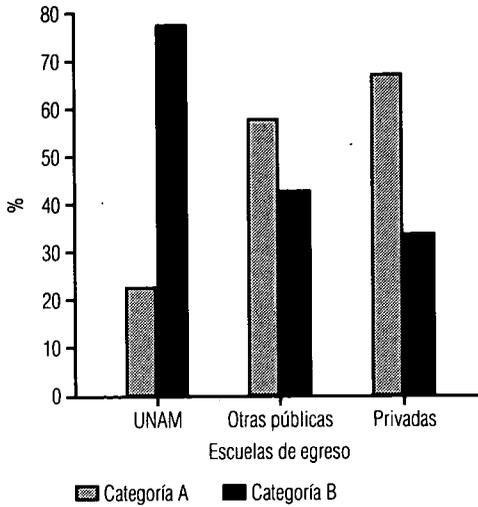
Los resultados del análisis multivariado para la asociación entre productividad y edad tomando como variable control la escuela de posgrado; para la productividad y el sexo, tomando como variable control la escuela de egreso de la carrera; para la productividad y el origen social, tomando la antigüedad laboral como variable control; para la productividad y escuela de egreso tomando como variable control la edad, mostraron que en cada uno de los subgrupos dados por la variable de prueba se obtuvieron relaciones parciales iguales o menores a las obtenidas en el análisis bivariado, por lo tanto, de acuerdo con el modelo de elaboración se dio el

**FIGURA 7. Productividad por generación de egreso.**



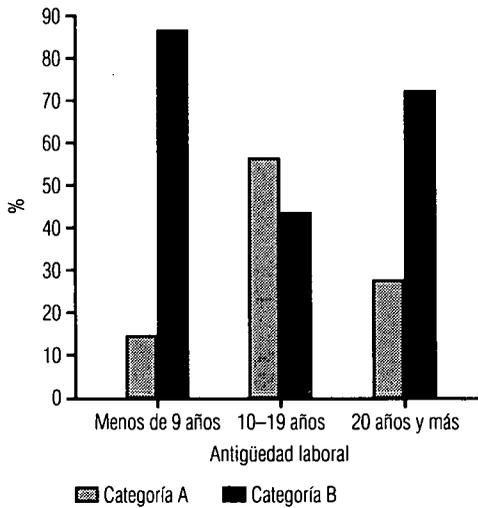
Resultado de Pruebas Estadísticas:  $\chi^2 = 4.9$ ,  $P < .10$ , Gamma = .19  
**Fuente:** Encuesta de Productividad Médica, CISP-1989.

**FIGURA 8. Productividad por escuela de egreso.**



Resultado de Pruebas Estadísticas:  $X^2 = 2.3$ ,  $P < .05$ , Gamma = .39  
**Fuente:** Encuesta de Productividad Médica, CISP-1989.

**FIGURA 9. Productividad por antigüedad laboral.**



Resultado de Pruebas Estadísticas:  $X^2 = 3.1$ ,  $P < .05$ , Gamma = .19  
**Fuente:** Encuesta de Productividad Médica, CISP-1989.

fenómeno de repetición sin importar si la variable de prueba fue precedente o intermedia y de esta manera se pudo concluir que la mayoría de las relaciones de asociación encontradas en el análisis bivariado fueron auténticas y originales, quedando al margen de lo que pudieran ser relaciones espúreas (cuadros 3, 4 y 5).

**CUADRO 3. Productividad por edad del médico tomando como variable control el posgrado.**

Categoría	Posgrado					
	Con especialidad básica			Sin especialidad básica		
	Edad			Edad		
	30-34	35-39	40 y más	30-34	35-39	40 y más
Categoría A	0%	80%	17%	25%	100%	50%
Categoría B	100%	20%	83%	75%	0%	50%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

*Fuente:* Encuesta de Productividad Médica. CISP-1989.

**CUADRO 4. Productividad por sexo tomando como variable control la escuela de egreso.**

Categoría	Escuela			
	Universidad Nacional Autónoma de México		Otras universidades	
	Sexo		Sexo	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
Categoría A	10%	67%	20%	67%
Categoría B	90%	33%	80%	33%
Total	100%	100%	100%	100%

*Fuente:* Encuesta de Productividad Médica. CISP-1989.

**CUADRO 5. Productividad por origen social, tomando como variable control la antigüedad laboral.**

Categoría	Antigüedad laboral			
	Menos de 10 años		10 años o más	
	Escolaridad del padre		Escolaridad del padre	
	Menos de 6 años	6 años o más	Menos de 6 años	6 años o más
Categoría A	18%	80%	10%	67%
Categoría B	82%	20%	90%	33%
Total	100%	100%	100%	100%

*Fuente:* Encuesta de Productividad Médica. CISP-1989.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Los resultados obtenidos no se pueden generalizar dado que se trató de una encuesta en un estudio de caso sin muestreo probabilístico. No obstante, los hallazgos, como es de esperarse en un diseño de estudio de caso, han dado un aporte significativo para el conocimiento de las características y de los factores determinantes de la productividad de los médicos, sobre todo tratándose del análisis de la problemática que se encuentra en las organizaciones de salud en México.

En primer término, los resultados obtenidos en este estudio lograron dar respuesta tanto a las dos preguntas vitales como a los objetivos planteados. A saber, se obtuvieron los índices promedio de productividad por hora-médico, tanto para períodos anteriores como para el período en que se desarrolló el estudio. Se pudo identificar las características relacionadas con la productividad médica del servicio de consulta externa del hospital de referencia, aunque no de manera exhaustiva, así como de los factores que las determinan, encontrando que los antecedentes educacionales de los médicos (escuela de egreso, posgrado y generación de egreso) mostraron una mayor fuerza de asociación en relación con la productividad, así como un mayor nivel de significancia estadística para tal asociación, siguiéndole en orden de importancia los antecedentes sociodemográficos (origen social, sexo y edad) y los antecedentes ocupacionales (antigüedad laboral, otros trabajos y tipo de institución de otros trabajos).

Por otra parte, el análisis multivariado permitió afinar estos hallazgos al mostrar que las relaciones originadas en el análisis bivariado fueron auténticas.

En relación con las variables estructura organizacional y demanda de población, se pudo demostrar que desde el momento de la implementación del cambio organizacional, la demanda de servicios presentó tendencias decrecientes, siendo esto determinante en la productividad médica. Por razones de carácter administrativo no fue posible analizar detalladamente los documentos que pudieran proporcionar la información requerida para la prueba de hipótesis. Sin embargo, se puede plantear que ambas variables tuvieron un efecto determinante sobre los índices de productividad de los médicos para los períodos observados.

Para el caso de las hipótesis de trabajo, apoyado en la aplicación de análisis y pruebas estadísticas específicas, fue posible rechazar las hipótesis nulas para las relaciones entre los antecedentes personales, educacionales y ocupacionales de los médicos con la productividad. En otras palabras, se pudo comprobar que efectivamente existe dependencia entre las asociaciones planteadas, y más aún, el análisis trivariado permitió afinar y confirmar los hallazgos del análisis bivariado.

En el caso de las hipótesis que involucraron el cambio en la estructura organizacional y demanda del servicio, en términos generales puede decirse que dado lo observado, ambas variables actuaron como una

variable determinante en la productividad médica que se mantuvo dentro del servicio de consulta externa del hospital. Es decir, al momento de ser implementado el cambio estructural se produjo una disminución en la demanda del servicio y en el índice promedio de la productividad del servicio, índice que tendió a aumentar a medida que se consolidaba la implementación del cambio estructural y a medida que se regularizaba la demanda del servicio.

Cabe mencionar que en lo referente al modelo de elaboración, además de buscar la repetición de las relaciones parciales para cada uno de los subgrupos, también se estudiaron los fenómenos de explicación, interpretación y especificación entre las variables de análisis; no obstante, dado el tamaño de la muestra no fue posible hacer interpretaciones al respecto.

Los hallazgos de este estudio contribuyeron de manera más general al campo de conocimientos que comprende el análisis económico del sector salud, a la vez que brinda pautas fundamentales para la evaluación y planificación del desempeño del servicio de consulta externa en organizaciones de salud.

Es importante señalar que partiendo del análisis de las variables propias de los médicos y de los estándares de productividad del hospital, se conformaron dos patrones de productividad médica: categoría A o patrón improductivo (menos de dos consultas por hora), cuyos componentes fueron: edad de 35–39 años, estrato socioeconómico alto, generación de egreso entre 1970 y 1979, egresados de universidades privadas, antigüedad laboral de 10 a 19 años, y con antecedente laboral de trabajo único; categoría B o patrón productivo (dos o más consultas por hora), cuyos componentes fueron: menores de 35 años y mayores de 40, estrato socioeconómico medio y bajo, generación de egreso antes de 1970 o después de 1980, egresados de escuelas públicas y antigüedad laboral menor de 9 años o mayor de 20 y más de un trabajo en la práctica médica.

De esta manera se plantean los conocimientos fundamentales para el diseño de alternativas que permitan una mayor eficiencia en la productividad del personal médico en el servicio de consulta externa. En efecto, el análisis de las variables que tuvieron mayor incidencia en la productividad médica, es un aspecto que deberá tomarse en cuenta para la contratación de personal y para cualquier tipo de rediseño organizacional que se pudiera implementar. La información generada también constituye un aporte relevante para poner en práctica alternativas de financiamiento sobre todo en lo relativo a sistemas de cuotas de recuperación diferenciadas para el cobro de la consulta médica.

Finalmente, en materia de investigación sería necesario desarrollar estudios que planteen con mayor detalle el análisis del proceso de organización de los departamentos o divisiones de los hospitales, de manera que se pueda tener un conocimiento más amplio de los factores implicados en la productividad de los médicos. Para avanzar en los aspectos cualitativos

y de eficiencia de la productividad médica, el análisis de las relaciones entre productividad-calidad-costos sería otro aspecto para desarrollar.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Julio Frenk su asesoría en este estudio, y a los médicos y médicas, que por razones de carácter confidencial no se pueden citar, la información proporcionada.

## REFERENCIAS

- 1 Valdés OC. Sobre la naturaleza de la planeación en salud. *Salud Pública de México* 1988;29(2):128-233.
- 2 Soberón AG. El cambio estructural en salud. *Salud Pública de México* 1987; 29(2):128-233.
- 3 Drumond MF. El criterio de eficiencia económica. *Principios de evaluación económica en asistencia sanitaria*. Barcelona: Instituto de Estudios Laborales y de la Seguridad Social; 1983.
- 4 Hernández N. El servicio de consulta externa. Informe Anual de Actividades de Hospitales de Segundo Nivel, Servicios Médicos del Distrito Federal, México, D.F.; 1988, págs. 19-35. (Documento mimeografiado).
- 5 Khandwalla P. Analysis of organizations. The design of organizations, 2da. edición. Toronto: HJB; 1989:198-216.
- 6 Call S, Holahan W. Productividad y rendimiento. *Fundamentos de Economía*. México: Interamericana; 1985:301-312.
- 7 Friedman M. Metodología de la economía positiva, 1st ed. Chicago, Illinois: University of Chicago Press; 1973: 13-16.
- 8 Donabedian A. La capacidad para producir servicios. Aspectos de la administración en la atención médica. Colección Salud y Seguridad Social. *La Prensa Médica Mexicana* 1987:334-352.
- 9 Scitovsky A. Changes in the costs of treatment of selected illness. *Am Econ Rev* 1957;12(12):1182-1189.
- 10 Changing patterns of hospital care. The cost of medical care. *American Medical Association Rev* 1985;(14):135-137.
- 11 Blumerg M. Risk adjusting care outcomes: a methodological review. *Med Care Rev* 1989;43(2):149-157.
- 12 Garbarino JW. Price behavior and productivity in medical market. Industrial and labor relations review. San Francisco: Universidad de California; 1990. (Documento mimeografiado).
- 13 Lave JR. A review of the methods used to study hospital cost. *Inquiry Rev* 1976;3:637-679.
- 14 Roemer M. Hospital utilization and the supply of physicians. *Journal of the American Medical Association* 1980;6:70-76.
- 15 Penchansky R, Rosenthal G. Productivity, price and income behavior in the physicians services market. *Medical Care* 1985;13:240-244.
- 16 Mintzberg H. The structuring of organization. Toronto, Canada: Prentice Hall; 1989, págs. 5-16.
- 17 Kimberly J, Leatt P. Organization Design; Healt Care Management, 2nd. ed. Hamilton, Canada: Willwy; 1983.
- 18 Daniels R. Physician productivity and the hospital *Inquiry* 1971;6:59-67.
- 19 Kovner JW. Measurement of outpatient office visit services. *Health Serv Res* 1986;4(5):112-119.
- 20 Wennberg JD. Dealing with medical practice variations: a proposal for action. *Health Aff* 1984;3(2):6-32.
- 21 Donabedian A. A guide to medical care administration. *Medical Care Appraisal* 1968;2:102-108.
- 22 Peterson O. et al. An analytical study of North Caroline General Practice. *Jour-*

- nal of Medical Education* 1986;31(12): 17-24.
- 23 Penell EH. Location and movement of physicians methods for estimating physician resources. *Public Health Reports* 1988;159:283-288.
- 24 Frenk J, et al. Patrones de empleo médico en las áreas urbanas de México. Síntesis Ejecutiva. INSP-SSA. Cuernavaca, México; 1990:9-11.
- 25 Cioco A, Altman I. Patient load and volume of medical services. *Public Health Rep* 1973;67:533-542.
- 26 Donabedian A. Necesidad, uso del servicio y necesidad no cubierta. Beneficios en los programas de asistencia médica. Colección Salud y Seguridad Social. México; 1982:23-30.
- 27 Hennigan K, et al. Esclarecimiento de conceptos y términos usuales en la investigación evaluativa. Washington, DC:OPS. (Publicación científica No. 432).
- 28 Speigel A. Classifications and categories of evaluation. *Basic Health Planning Methods*, 2nd. ed. New York, McGraw-Hill; 1988.
- 29 Frenk J. Social origin, professional socialization and labor market dynamics: the determinants of career preferences among medical interns in Mexico. *Perspectivas en salud pública*.

# RESEÑAS

---

## **A**PRENDIZAJE EN LA ACCIÓN **¿ES ESTE EL MEDIO PARA CAPACITAR GERENTES DE SALUD DE LOS PAÍSES EN DESARROLLO?**

*Zillyham Rojas,<sup>1</sup> Peter Sandiford,<sup>2</sup> Edward Coyle<sup>3</sup> y Patricia Allen<sup>4</sup>*

---

### **ANTECEDENTES**

Actualmente los países en desarrollo están tratando de alcanzar un nivel aceptable en sus servicios de salud públicos que les permitan satisfacer las necesidades de la población, a pesar de que el financiamiento del sector es totalmente inadecuado. En algunos sectores los pocos recursos disponibles son usados con eficiencia y eficacia, pero para el sector salud, este no es el caso. Ante esta situación podemos decir que estamos en presencia de una forma de la llamada ley Tudor<sup>5</sup> (1), según la cual los países que más necesitan servicios de salud eficientes, tienen en realidad los más ineficientes. Desde la década pasada se han estado realizando innumerables esfuerzos tendientes a mejorar la administración de los servicios de salud en los países en desarrollo, encontrándose tres grandes aspectos que restringen el cambio: 1) los profesionales de la salud y sus gerentes requieren sin duda motivación para mejorar su desempeño; 2) deben contar con el poder de decisión suficiente para llevar a cabo los cambios necesarios, y 3) deben tener habilidades y destrezas que les permitan identificar e implementar las medidas apropiadas en cada ocasión.

---

<sup>1</sup> Coordinador del Programa SIGLOS, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Salud y Nutrición (INCIENSA), Tres Ríos, Costa Rica.

<sup>2</sup> Senior Lecturer, Liverpool School of Tropical Medicine, Liverpool.

<sup>3</sup> Director of Public Health Medicine. Gwent Health Commission, Mamhilad, Pontypool, Gwent.

<sup>4</sup> Jefa, Departamento de Salud Pública, INCIENSA. Coordinadora del Programa SIGLOS-94, Tres Ríos, Costa Rica.

<sup>5</sup> Se denomina en inglés "Inverse Care Law".

En Centroamérica, el proceso de reforma del sector salud se está produciendo en forma acelerada. Desde hace varios años la OPS ha estado promoviendo el concepto de los sistemas locales de salud (SILOS) como parte de una estrategia que permitiría un cambio en la entrega de los servicios de salud altamente centralizados. Con el establecimiento de los SILOS, la gerencia local de la salud sería responsable de los servicios de salud que se prestan en la periferia, y gozaría de suficiente autonomía para hacer cambios que produzcan más eficiencia y efectividad.

Gracias a los programas de ayuda económica del Banco Mundial, muchos países pueden realizar reformas en el sector salud que no solo les proporcionarán a los gerentes de salud el poder de decisión para efectuar cambios, sino que también los incentivará a llevar a cabo esos cambios. De ser así, quedaría aún por enfrentar el tercer aspecto: el desarrollo de las habilidades gerenciales necesarias para identificar los problemas y brindar un mejor servicio.

## **LA CAPACITACIÓN EN GERENCIA CONVENCIONAL**

La necesidad de brindar capacitación en gerencia a los profesionales de la salud de los países en desarrollo ha llevado a realizar talleres, seminarios, cursos cortos, y hasta carreras profesionales (2). Sin embargo, la mayor parte de los cursos se han venido impartiendo en países desarrollados, donde las instituciones académicas compiten fuertemente entre sí por obtener los lucrativos cargos por matrícula que cobran a los estudiantes extranjeros (3).

La Escuela de Medicina Tropical de Liverpool fue una de las primeras instituciones pioneras que estableció programas de capacitación en gerencia y sistemas de información de salud, orientadas hacia profesionales de salud de los países en desarrollo. No es sorprendente que sea el mismo personal académico de dicha Escuela quien evalúe los resultados obtenidos mediante estos cursos.

Para comprender mejor esta situación, es necesario revisar las cuatro áreas problemáticas más discutidas: 1) el alto costo que tiene la capacitación en países desarrollados; 2) la falta de oportunidades de capacitación para los funcionarios de salud que no dominan el idioma inglés; 3) la imposibilidad de fortalecer las instituciones de capacitación de los países en desarrollo, y 4) la dificultad en los países desarrollados de proveer experiencias en el aprendizaje que sean realmente relevantes para las realidades de los países en desarrollo.

Las tres primeras áreas problemáticas son evidentes. La cuarta está basada en las experiencias e impresiones que en forma creciente se vienen dando fuera del sector salud en cuanto a que los cursos convencionales para capacitar gerentes no son los más efectivos para lograr los cambios deseados (4, 5). Al respecto, se ha hecho una clasificación muy práctica

y útil de los diferentes medios que existen hoy para capacitar gerentes (6) y que son los siguientes:

- **Capacitación formal:** se realiza en un aula, con tiempo limitado y enseñanza programada; por lo general intenta transmitir conocimientos, información o técnicas. Se incluyen lecciones teóricas, seminarios, estudios de caso, juegos didácticos, simulaciones y juegos de roles.

- **Capacitación en el trabajo:** el aprendizaje se hace en el lugar de trabajo e incluye desde la capacitación informal (aquella no intencionada) en la cual el nuevo gerente trabaja a la par de un gerente experimentado, hasta los programas formales para preparar a los gerentes o administradores que van a ocupar puestos altos dentro de una institución.

- **Capacitación informal:** Consiste en la capacitación autodirigida que se realiza en grupos con intereses comunes que se reúnen para intercambiar experiencias, ideas prácticas, o para informarse entre ellos sobre nuevas tendencias, problemas o teorías.

- **Aprendizaje en la acción:** también se conoce como capacitación en la acción. El aprendizaje en la acción (AA) es una combinación de la capacitación formal con la capacitación en el trabajo. La capacitación se produce por medio de ciclos de actividad y reflexión. Los lugares de trabajo brindan la oportunidad de llevar a cabo esas actividades, mientras que el aula facilita la reflexión. Este concepto se expresa por medio de la fórmula  $L = P + Q$  donde  $L$  es aprendizaje,  $P$  aprendizaje programado, y  $Q$  auto-cuestionamiento (7-9).

Se ha dicho que la capacitación de gerentes de salud en los países desarrollados se basa en la capacitación formal (2) y si se toman en cuenta las enormes diferencias que existen entre los sistemas de salud de los países desarrollados y en desarrollo, resulta difícil pensar en utilizar el AA en establecimientos de salud donde se encontrarían grandes dificultades si se comparan o igualan los ambientes de trabajo con los existentes en los países en desarrollo. Si se acepta el planteamiento de que la capacitación efectiva en gerencia requiere la combinación estratégica de los medios de capacitación clasificados arriba (6), entonces se podría decir con propiedad que los cursos ofrecidos en los países desarrollados son cuestionables.

## LA EXPERIENCIA DEL PROGRAMA SIGLOS

Partiendo de estos antecedentes, se intentó diseñar un programa de capacitación para América Latina, autocosteable, con un costo de matrícula mucho más bajo que el de los países de América del Norte y Europa, que permitiera fortalecer alguna institución de enseñanza, de manera que pudiera competir con el prestigio y la calidad de las instituciones de los países desarrollados, y que además, utilizara el método de capacitación AA combinado con los métodos de capacitación formal, capacitación en el trabajo y capacitación informal (6).

Se decidió que el programa estuviera localizado en un país de Centroamérica por tener esta subregión muy limitadas facilidades y oportunidades para la capacitación en gerencia, y porque los cursos ofrecidos en el extranjero en idioma inglés, impiden a muchos funcionarios, principalmente del nivel local, su participación.

Se consideró importante que la capacitación de los profesionales de la salud se planificara desde una perspectiva regional, ya que era difícil justificar programas de capacitación para cada país. Se decidió proponer un programa de capacitación regional ubicado en una institución con reconocida experiencia en el campo, lo cual permitiría un mejor aprovechamiento del equipo y del laboratorio de microcomputadoras.

El Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Salud y Nutrición (INCIENSA) de Costa Rica, fue la institución seleccionada para este proyecto por contar con profesionales con experiencia en cursos internacionales en colaboración con universidades de países desarrollados. Al mismo tiempo, los servicios de salud de Costa Rica son relativamente buenos si se comparan con los de otros países de Centroamérica, y cuentan además, con profesionales expertos en gerencia y sistemas de información en salud.

El curso intensivo SIGLOS consiste en un programa de capacitación de seis semanas que se celebra anualmente en el INCIENSA, con fondos semilla provistos por la Administración del Desarrollo de Ultramar del Reino Unido (ODA). Esos fondos y el apoyo técnico que se recibe de la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool, disminuirán paulatinamente cada año y se espera que al cabo de tres años el curso sea costeado con el ingreso de los cargos por matrícula, al igual que sucede con cursos similares en los países desarrollados. En su primer año la ODA otorgó becas a casi la totalidad de los participantes; en el segundo año solo otorgará becas a dos terceras partes de los participantes, y en el tercer año solo recibirán becas una tercera parte de los participantes. Se espera por tanto, que otras agencias de cooperación en este campo otorguen becas para atender este curso al igual que lo hacen para atender cursos en países desarrollados.

El proyecto SIGLOS también incluye el financiamiento de seis proyectos presentados por los participantes al curso durante los dos primeros años. Se espera que los primeros proyectos finalicen en mayo de 1994 y que muestren los resultados logrados en cuanto a los conocimientos y las habilidades más útiles para implantar en los lugares de trabajo, así como las limitaciones que puedan tener este tipo de capacitación. Los resultados serán documentados como estudios de caso y utilizados como material didáctico para los cursos de los años siguientes.

## **SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES AL SIGLOS**

La selección de los participantes se llevó a cabo tomando en cuenta, principalmente, las responsabilidades gerenciales de los candidatos

en sus lugares de trabajo, aunque en la práctica fue necesario ser más flexibles para poder responder a las solicitudes oficiales de las autoridades de salud de los países. El participante "ideal" para este curso es el funcionario de salud con responsabilidades gerenciales en los servicios de atención primaria, ya sea en un municipio o distrito, y que pueda tener acceso, en un futuro cercano, a una microcomputadora. Para los directores de hospitales distritales, directores de centros de salud y directores de SILOS de Centroamérica el curso puede ser muy provechoso.

El primer curso SIGLOS, al que asistieron 16 participantes, se celebró en julio y agosto de 1993. A pesar de que se disponía de becas financiadas por la ODA para todos los participantes, se intentó atraer aquellos que pudieran recibir ayuda financiera de otras agencias de cooperación: tres participantes (dos de Colombia y uno de la República Dominicana) recibieron becas de otras fuentes. El resto de los participantes se seleccionaron según la lista de candidatos enviada por cada Ministerio de Salud de Centroamérica (cuadro 1).

## CONTENIDO DEL SIGLOS

El curso SIGLOS incluye actividades diarias programadas de 8 am. a 5 pm. y divididas en cuatro sesiones de dos horas cada una. Además, se brinda la oportunidad a sus participantes de utilizar el laboratorio de microcomputadoras para prácticas en horas no hábiles (cuadro 2).

## EL COMPONENTE DEL MÉTODO APRENDIZAJE EN LA ACCIÓN

El uso del método de aprendizaje en la acción (AA) en este primer curso fue de carácter experimental. Ninguno de los tutores tenía experiencia en este método, por lo que su uso estuvo basado en la experiencia de los tutores en cuanto a la aplicación de metodologías de solución de problemas en el campo gerencial, y en la bibliografía disponible sobre AA (10).

Se asignaron aproximadamente de 6 a 8 horas semanales para que los grupos formados visitaran los establecimientos de salud y los SILOS. Diariamente se asignó una hora para sesiones de reflexión. A pesar de que los coordinadores hubieran preferido dedicarle más tiempo al AA, se consideró que podría ser una estrategia riesgosa por la limitada experiencia con que se contaba para su uso. A cada grupo que se formó se le pidió que identificara una situación problemática (fase diagnóstica del AA), que pudiera ser analizada y a la que pudiera encontrarse una solución para presentarla posteriormente a los clientes<sup>6</sup> (fase terapéutica del AA).

---

<sup>6</sup> Los clientes son los gerentes de los lugares seleccionados para realizar las prácticas.

**CUADRO 1. Perfil de los participantes.**

País	Ubicación	Profesión	Puesto	Años de servicio
El Salvador	Urbano	Médico-administrador	Director de Centro de Salud	11
El Salvador	Rural	Médico	Director de Centro de Salud	8
El Salvador	Urbano	Médico	Director de Unidad de Salud	12
Nicaragua	Urbano	Trabajador social	Coordinador Regional de Planificación	13
Nicaragua	Mixto	Enfermera	Coordinador Regional de Planificación	24
Honduras	Nacional	Médico-epidemiólogo	Funcionario del Departamento de Planificación de Salud	20
Honduras	Mixto	Médico-epidemiólogo	Subdirector Regional de Salud	10
Guatemala	Rural	Médico	Director de Centro de Salud	10
Guatemala	Rural	Médico	Director de Centro de Salud	16
Costa Rica	Urbano	Médico	Director de Centro de Salud	9
Costa Rica	Mixto	Médico-epidemiólogo	Epidemiólogo Regional	6
República Dominicana	Urbano	Médico-epidemiólogo	Epidemiólogo del Hospital	3
Colombia	Urbano	Físico-analista de sistemas	Analista de Sistemas de Hospital	9
Colombia	Mixto	Enfermera	Responsable del Sistema de Vigilancia Regional	17
Panamá	Urbano	Médico	Director Regional	13

**CUADRO 2. Contenido temático del curso SIGLOS.**

Semana	Tema
I	Diagnóstico de la salud para la planificación y programación local
II	Salud, gerencia y sistemas de información
III	Información para la gerencia de los recursos humanos, materiales y financieros
IV	Gerencia para la vigilancia de la salud
V	Información cualitativa y demográfica de apoyo a la toma de decisiones
VI	Formulación de proyectos y presentaciones

Uno de los problemas más importantes en la aplicación del AA en el curso SIGLOS fue la selección de los establecimientos de salud o los SILOS donde los estudiantes debían realizar su trabajo práctico enfrentándose a los problemas reales. Esta selección se basó en tres criterios: 1) estar ubicados lo más cerca posible del INCIENSA para minimizar el tiempo de traslado del grupo; 2) ofrecer variedad en sus formas de organización, perfil sociodemográfico de la población que atienden, así como del estado de salud, y finalmente distintos niveles de capacidad gerencial. Todo esto con el fin de probar la aplicación del AA bajo distintas condiciones y ofrecer a los estudiantes variedad de opciones desafiantes y estimulantes para su aprendizaje, 3) los responsables de los establecimientos de salud y los SILOS debían mostrar un genuino interés en participar (independientemente de la donación de \$500 que se les ofreció por la colaboración) y preferiblemente con una actitud positiva hacia los análisis que podrían contribuir de manera útil a la gerencia de sus servicios de salud.

Es importante mencionar que Costa Rica ha estado experimentando con un modelo de atención de salud en el que se separa al comprador de los servicios del proveedor de los mismos. Este modelo de atención se lleva a cabo por medio de subcontratos a cooperativas de salud que se responsabilizan de proveer los servicios de salud a una población definida en un área geográfica específica. La Caja Costarricense del Seguro Social le renta su infraestructura de salud a una cooperativa (formada por médicos, enfermeras y personal administrativo) y le paga un monto determinado per cápita según la población a la que presta los servicios de salud preventiva y curativa. En gran medida, por lo novedoso e importante que pueda ser en un futuro la aplicación de este modelo en otras áreas geográficas, se seleccionaron varios lugares para realizar prácticas de AA (cuadro 3).

El personal de los lugares seleccionados estuvo de acuerdo en brindar toda la información disponible que solicitaran los estudiantes, y que el funcionario con más alto rango gerencial estuviera disponible para al menos una reunión semanal, mientras que el resto del personal podría ser entrevistado solicitando las citas previamente.

Otro problema que se enfrentó al diseñar el componente de AA fue la organización de los grupos de trabajo. Según se ha planteado (6) los

**CUADRO 3. Características de los lugares seleccionados para las prácticas de método de aprendizaje en la acción.**

SILOS	Comprador	Proveedor	Lugar	Población
Tres Ríos <sup>a</sup>	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	1 Centro de Salud 1 Puesto de Salud	Mixta urbana/rural
Pavas	Seguro Social	Cooperativa de Salud	1 Clínica 9 EBAS	Mixto - urbano/pobre y clase media
Tibás	Seguro Social	Cooperativa de Salud	1 Clínica	Urbano/clase media
Desamparados	Ministerio de Salud y Seguro Social	Ministerio de Salud y Seguro Social	1 Clínica 4 Puestos de Salud 1 Centro de Salud	Urbano pobre y clase media

<sup>a</sup> Aquí hay una clínica que pertenece al Seguro Social pero no funciona integrada al Centro de Salud.

grupos deben maximizar la adquisición de habilidades individuales, destreza en el trabajo de equipo y su contribución a la institución donde realizan las prácticas, por lo que se siguieron los siguientes criterios: heterogeneidad en la nacionalidad y capacitación de los estudiantes que conformarían el grupo, y las expectativas *a priori* que sobre la dinámica del grupo se podía tener para evitar el dominio de algún miembro del grupo. En este sentido se buscó alguna homogeneidad en habilidades y liderazgo. La homogeneidad en las habilidades podría aumentar las posibilidades de que se hicieran contribuciones beneficiosas en los centros donde se hacían las prácticas.

El tercer problema fue la identificación del problema gerencial en el lugar de práctica, que debía ser hecho por el propio gerente del establecimiento de salud o del SILOS, o bien se debían aplicar las metodologías específicas para ayudar a los grupos en la selección del problema y en su análisis. Ya que la identificación de los problemas gerenciales es una de las principales actividades de los gerentes, se decidió que esta fuera hecha por los estudiantes. No se les recomendó ninguna herramienta metodológica en especial porque como se ha señalado (11), las distintas metodologías son aplicables a diferentes tipos de problemas, y esto podría ocasionar que se recomendara una metodología equivocada.

Los tutores tuvieron dudas en cuanto a la guía y ayuda que debían de dar a los estudiantes durante el AA. Inicialmente se decidió dejarlos solos y observarlos, aunque los tutores estaban por lo general disponibles si se les solicitaba. Conforme el proceso avanzó y los grupos se vieron en dificultades para identificar los problemas gerenciales, los tutores participaron más en la conducción del proceso.

## EL AA EN LA PRÁCTICA

Al inicio del proceso la tendencia de los grupos fue hacer críticas al comportamiento de la gerencia de los SILOS y los establecimientos de salud, en lugar de intentar desarrollar una relación consultor-cliente que permitiera una mayor compenetración con los problemas de la institución. De estas críticas se obtuvo bastante provecho, sobre todo cuando se les preguntó a los estudiantes si esas mismas no podrían ser similares a las que les podrían hacer a ellos en sus lugares de trabajo.

En la primera semana, los participantes mostraron grandes destrezas para identificar y obtener información sobre los antecedentes y el desempeño de cada lugar, pero no fue así cuando se vieron en la necesidad de identificar los problemas relevantes. Los grupos se enfrascaban en recolectar grandes cantidades de datos y documentos sobre las organizaciones sin dirigirse a una situación gerencial problemática. En algunos casos, identificaban una situación problemática cuya solución estaba fuera del alcance del gerente del establecimiento, o imposible de analizar o resolver en el corto período de tiempo que se disponía. Era evidente que los participantes

no estaban acostumbrados a manejar datos que permitieran identificar actuaciones o situaciones de desempeño problemáticas.

Todos los grupos necesitaron la guía de los tutores para dirigir sus esfuerzos hacia las áreas gerenciales problemáticas factibles de mejorar. Los problemas que se encontraron fueron el uso poco eficiente de la capacidad de atención de los SILOS; el ineficiente sistema de despacho de los medicamentos en los EBAIS<sup>7</sup> del SILOS; el mal funcionamiento del sistema de información gerencial del Centro de Salud, y la baja cobertura de la atención prenatal en el Centro de Salud.

Luego de esta fase, los estudiantes buscaron y analizaron soluciones viables para ser presentadas a sus clientes. Dos de los cuatro grupos necesitaron la participación activa de los tutores al enfrentar serias dificultades para encontrar soluciones prácticas y útiles. La parte final del AA fue la presentación del problema gerencial y las posibles soluciones a los clientes, lo que significó "vender la idea" a los gerentes reales de los establecimientos y SILOS. En esta fase, se podría decir que tres de los grupos se destacaron al usar técnicas de presentación de información aprendidas durante el curso en las sesiones en el laboratorio de microcomputadoras, y solo un grupo tuvo problemas técnicos en la presentación.

## **MÉTODOS DE EVALUACIÓN**

Para medir el impacto de este curso en el desempeño de los funcionarios al regreso a su trabajo y determinar si la inversión en este tipo de capacitación es "rentable" (12) se llevaron a cabo algunos métodos que se describen a continuación:

### **Entrevista en el lugar de trabajo**

A cada participante del curso se le hizo una entrevista semiestructurada en su lugar de trabajo antes del inicio del curso, con el fin de obtener información sobre sus responsabilidades gerenciales, habilidades e intereses. Con la ayuda de un antropólogo se elaboró la guía para la entrevista, se grabó y luego se transcribió para llevar a cabo el análisis cualitativo.

### **Pruebas anteriores y posteriores al curso**

Los conocimientos adquiridos y el cambio de actitud de los participantes se midieron por medio de una prueba al inicio del curso y otra

---

<sup>7</sup> Equipo básico de atención integral de la salud, compuesto por al menos un médico, una enfermera y un asistente de atención primaria de la salud.

al final de este. La primera parte de la prueba midió la adquisición de nuevos conocimientos, y en la segunda parte se utilizó un cuestionario con preguntas de selección múltiple en las cuales no había una respuesta errónea o totalmente correcta para medir el cambio en las actitudes con respecto a distintas situaciones relacionadas con la gerencia, la información y la toma de decisiones.

### **Evaluación utilizando el “soft systems methodology”**

Como parte de su tesis de maestría, un estudiante de la Universidad de Lancaster, Reino Unido, utilizó la metodología denominada “soft systems methodology” (1) para evaluar el curso durante el proceso de aprendizaje. Esto permitió revisar los objetivos de SIGLOS y las necesidades de los participantes. La tesis ya fue presentada y distribuida a los responsables del curso y al ODA.

### **Evaluación final del curso**

La evaluación se realizó por medio de cuestionarios (13). El cuestionario incluyó preguntas de selección múltiple para medir si los estudiantes consideraron el curso provechoso, hasta qué punto el contenido y las presentaciones durante las sesiones formales fueron útiles, y para determinar el grado de satisfacción con los materiales y métodos utilizados. También incluyó preguntas abiertas que permitieron a los participantes expresar con toda libertad su opinión acerca del curso y si este cumplió con sus expectativas. Se les instó a que brindaran sugerencias sobre aquellos cambios que se deben hacer para mejorar el curso.

### **Entrevista de seguimiento en el lugar de trabajo**

La finalidad de esta entrevista era identificar si las habilidades adquiridas se estaban poniendo en práctica. Hasta la fecha todavía no se ha efectuado ninguna entrevista de este tipo.

### **Cuestionario de seguimiento**

Antes de visitar a los participantes en su lugar de trabajo, a cada uno se les envió un cuestionario para determinar la utilidad de la capacitación en el desempeño de su trabajo. El cuestionario contenía seis preguntas abiertas que incluían aspectos tales como los cambios que han logrado realizar después del curso; la utilidad del aprendizaje en AA y otras sugerencias que permitieran fortalecer este método de aprendizaje.

## **Cuestionario a los clientes**

Para profundizar sobre los beneficios del curso también se les envió un cuestionario a cada uno de los gerentes que colaboraron en el mismo, con preguntas abiertas sobre la utilidad del AA y el beneficio de los resultados obtenidos por los estudiantes. También se les preguntó sobre su participación en la definición del problema gerencial y hasta qué punto quedaron ellos satisfechos con el problema planteado.

## **EL AA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PARTICIPANTES**

Después de analizar los resultados de las pruebas anteriores y posteriores al curso, se determinó que este produjo cambios en los conocimientos y en las actitudes de los participantes. En promedio, el nivel de conocimiento aumentó desde 30% hasta 83%, lo que se consideró normal para este tipo de cursos. Más interesantes resultaron los cambios producidos en las actitudes. Por ejemplo, los resultados mostraron que los participantes adquirieron una mejor apreciación sobre la calidad de los servicios de salud al comprender que esta no solo depende de los recursos disponibles sino también de la eficiencia con que los gerentes logren usar estos recursos, y que la calidad de los servicios de salud es tan importante como el acceso de la población a los mismos. En el campo de la información de salud se logró un importante cambio en la actitud de los participantes muy consecuente con el planteamiento.

Se ha dicho que el método convencional para desarrollar sistemas de información "orientado al dato" es mucho menos ventajoso que el "orientado a la acción" (14). Los resultados de ambas pruebas indicaron que al final del curso disminuyó el número de estudiantes que al principio habían considerado que "...un sistema de información debe ser lo más completo posible y tener datos sobre todos los aspectos de la organización..." y aumentó el de los que habían considerado que "...un sistema de información no es relevante si no provoca acciones y decisiones...". Los resultados también mostraron que los estudiantes tenían sus dudas con respecto a la utilidad de los datos recolectados y al proceso de la toma de decisiones. Al final también aumentó el número de los que manifestaron tener mayor confianza en la intuición del gerente y disminuyó el de los que consideraban que las decisiones deberían realizarse solo cuando hay datos válidos.

En general, el grado de satisfacción con el curso fue alto si se toma en cuenta que 8 de los 15 participantes dieron al curso la calificación más alta, y el resto, la calificación que seguía. Las preguntas abiertas son probablemente las que brindaron mayor información aunque sus resultados fueron más difíciles de resumir. Por ejemplo, a la pregunta ¿qué fué lo mejor y lo peor del curso?, las respuestas fueron:

Lo mejor: el trabajo de campo; lo aprendido con el AA; el intercambio de experiencias con colegas de otros países; la experiencia en

los Centros de Salud de Costa Rica; el AA y el árbol de problemas, y el énfasis en fortalecer el nivel local.

Lo peor: mucho trabajo de campo que produce cansancio; poco tiempo para algunos temas importantes; poca atención a los tutoriales; un programa muy agotador; el transporte y las horas asignadas para el trabajo de campo; se dio muy poca información para la elaboración de los proyectos-país.

Con respecto al cuestionario de seguimiento, se recibieron nueve respuestas a tiempo para ser incluidas en este documento. En general las respuestas indicaron que existe consenso en que el AA les permitió desarrollar habilidades gerenciales y los motivó a utilizar mejor la información de salud en el nivel local. Las respuestas mostraron mejoras importantes logradas por los participantes a su regreso al trabajo. Prácticamente todos manifestaron que lo más útil para ellos fue el trabajo con colegas, el intercambio de experiencias y el haber tenido la oportunidad de conocer diferentes formas de proveer servicios de salud incluidos los problemas que se deben enfrentar. En general no encontraron mayores problemas en aplicar los conocimientos y las habilidades adquiridas durante el curso.

Casi todos recomendaron que se dedicara más tiempo a las actividades de AA y menos a las sesiones formales. Puntualizaron en su mayoría, que los tutores deberían apoyar más y dar mejor información acerca de la base teórica en que se fundamenta el AA. Esta crítica refleja un poco las dificultades que mostraron al identificar el problema gerencial y sus posibles soluciones.

Varios de los participantes informaron que al regresar a sus trabajos tomaron conciencia de las mejoras que ellos podrían hacer en la gerencia local. A pesar de las diferencias que existen entre sus lugares de trabajo y los lugares donde desarrollaron sus prácticas de AA, no encontraron mayor dificultad en aplicar lo aprendido, ya que los problemas analizados son comunes en toda la Región.

## **EL AA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS CLIENTES**

Dos gerentes de las cooperativas de salud que colaboraron con el curso eran funcionarios altamente capacitados en gerencia y con una gran experiencia. Ambos se mostraron muy motivados por mejorar la eficiencia y la efectividad de los servicios de salud que ofrecen en sus centros, pero solo uno de ellos consideró que los resultados del AA fueron de gran utilidad.

Otros dos gerentes, médicos clínicos que laboran como directores de centros de salud con responsabilidades por la salud preventiva de su población, manifestaron que como funcionarios del Ministerio de Salud de Costa Rica tienen poco poder de decisión y laboran bajo una serie de restricciones similares a las que se encuentran en los sistemas de salud de otros países de Centroamérica.

Solo un cliente se mostró totalmente satisfecho con los resultados obtenidos, los otros opinan que la experiencia les fue útil pero agregan algunas críticas a la actuación de los estudiantes. Un cliente reclama que el análisis realizado fue muy superficial; otro manifestó que el problema seleccionado era irrelevante y el tercero dijo que le gustaron los resultados porque los estudiantes identificaron un problema que les preocupaba, pero que sin embargo fallaron en proponer las soluciones prácticas.

Todos los clientes manifestaron que ellos y su personal se sintieron estimulados con su participación en el AA y que este fue el mayor beneficio que recibieron. El que quedó totalmente satisfecho, agregó que esta experiencia con AA les motivó a tomar algunas decisiones para resolver un problema que ya habían identificado anteriormente.

## **EL AA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS TUTORES**

Los tutores del curso (tres de los cuales son autores de este documento) quedaron muy complacidos con los logros alcanzados mediante el AA y manifestaron la importancia de este tipo de curso. También reconocieron que la limitada experiencia y la poca bibliografía existente al respecto, obligó en cierta medida a experimentar y hasta improvisar durante el proceso. Además recomendaron que en los próximos cursos se les de una participación más activa, sobre todo en las sesiones de reflexión, y que se brinden términos de referencia más explícitos sobre el trabajo de campo a los estudiantes.

Según la opinión de los tutores, dos de los grupos hicieron un trabajo de campo muy bueno y llegaron a realizar un excelente análisis del problema gerencial, lo que resultó en recomendaciones de decisión prácticas y factibles de realizar, a pesar de que en uno de estos casos, el cliente no compartió esta opinión. Otro grupo se complicó al seleccionar el problema del uso poco eficiente de la capacidad de atención de los SILOS. Otros problemas observados por los tutores en este grupo fueron el trabajo en equipo, la dificultad para identificar los problemas gerenciales y sus soluciones, debido en parte a la influencia y dominio profesional que siempre ejerció el cliente sobre los estudiantes durante las entrevistas. Por lo tanto, vale la pena observar que el éxito o el fracaso del AA debe juzgarse más por el aprendizaje de los estudiantes que por el impacto que pudo tener su trabajo de campo.

El cuarto grupo fue el más afectado debido a la falta de guía por parte de los tutores. Cuando se vieron presionados por el tiempo y la necesidad de identificar el problema gerencial, optaron por experimentar con la metodología de "soft systems methodology", apoyados por uno de los tutores. Como resultado, dedicaron valioso tiempo a intentar aplicar la metodología, sacrificando con ello la reflexión necesaria y llegando a lo que se conoce con el nombre de "puzzle" y no a la identificación de un problema gerencial real (8). Los "puzzles" no son más que esos tipos de

problemas hipotéticos y hasta teóricos que pueden ser resueltos en la teoría con la aplicación y organización correcta de los conceptos teóricos (8). En este caso, el problema de "mal funcionamiento del sistema de información..." fue abordado de forma muy teórica, ya que en la realidad los conceptos y las recomendaciones pierden la utilidad práctica cuando se enfrentan con el comportamiento humano tan difícil de predecir. Según se ha dicho los problemas gerenciales que se dan en un momento dado no son más que situaciones de la vida real que requieren reflexión y auto-cuestionamiento para poder enfrentarlos efectivamente. En este grupo se observó un dominio marcado del líder del grupo (8).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A pesar de que el AA se utilizó de manera empírica en el programa SIGLOS, esta primera experiencia ha abierto el camino para seguir mejorando su utilización. Tanto los estudiantes como los clientes y los tutores quedaron muy complacidos con el curso, y prácticamente no ha quedado duda de que con algunos ajustes se logrará que el AA llegue a ser aún más efectivo.

Esta primera experiencia en el uso del AA por parte de los tutores ha permitido encontrar las modificaciones necesarias para su uso que permitan aumentar las oportunidades de aprendizaje de los gerentes locales de la salud de los países en desarrollo. La primera modificación que se sugiere es que los tutores tengan una participación más activa en la conducción del AA al inicio del curso, especialmente durante las sesiones de reflexión, que vaya disminuyendo progresivamente conforme los estudiantes se vayan familiarizando y adueñándose del problema gerencial, y asumiendo responsabilidades en su solución.

Por otra parte, la selección de los lugares para hacer las prácticas (SILOS y establecimientos de salud) debería hacerse según el perfil ocupacional de los estudiantes para que estos sean lo más semejante a la realidad que ellos van a enfrentar. También es necesario dar a los estudiantes términos de referencia muy claros sobre las prácticas de AA, enfatizándoles la importancia de establecer una buena relación de consultor-cliente y que incluya un calendario para la conclusión de ciertas etapas de su práctica. Es posible que recomendar metodologías de análisis de problemas muy estructuradas no llegue a ser muy útil, se reconoce que los estudiantes tenderán siempre a ver los problemas en términos de sus propias experiencias (15) y que las soluciones que se planteen se ajustarán a la forma en que los problemas han sido formulados (11). Por esta razón, si se quiere que el aprendizaje sea útil y aplicable en los lugares de trabajo de los estudiantes se debe ser muy cauteloso en el uso de esas metodologías.

La conformación de los equipos es uno de los puntos más críticos para la dinámica y el trabajo del grupo. No se considera importante separar

a los estudiantes según los países, pero sí agruparlos según su perfil ocupacional.

Los resultados de esta experiencia tienen serias implicaciones en la capacitación de los gerentes de salud del nivel local en todo el mundo, aunque es necesario obtener mayores evidencias y evaluaciones del impacto producido. No hay duda de que los resultados están demostrando la veracidad de las críticas (7-9) sobre las limitaciones de los métodos convencionales, que no ofrecen oportunidades de desarrollar ciclos de acción y reflexión combinados con prácticas en situaciones de la vida real, impidiendo desarrollar las necesarias habilidades gerenciales. Algo así como enseñarle a alguien a manejar bicicleta explicándole solamente las leyes mecánicas. Si realmente el AA puede mejorar las habilidades para la toma de decisiones gerenciales como se sugiere en este trabajo entonces se podrá decir que mediante los programas de reforma los países en desarrollo habrán encontrado un importante medio de capacitación para lograr la eficiencia y eficacia en los servicios de salud.

## REFERENCIAS

- 1 Checkland PB. *Systems Thinking, Systems Practice*. Wiley, Chichester; 1991.
- 2 Checkland PB, Scholes J. *Soft Systems Methodology in Action*, Wiley, Chichester; 1990.
- 3 Easterby-Smith M. *Evaluation of Management Education, Training and Development*, Gower, Aldershot; 1986.
- 4 Flood RL, Jackson MC. *Creative Problem Solving: Total System Intervention*, Wiley, Chichester; 1991.
- 5 Hall D, Cockburn E. (1990), 'Developing management skills', *Management Education and Development* 1990; 21:41-50.
- 6 Iredale R. The power of change, Part 1: A Review of Training: Needs and Criteria, Overseas Development Administration, London; 1992.
- 7 Kerrigan JE, Luke JS. *Management Training Strategies for Developing Countries*. Colorado: Lynne Rienner; 1987.
- 8 Marin F, Ludwig C. *Sistemas de Salud: Un Enfoque desde Centro América*, ICAP, Costa Rica; 1990.
- 9 Martineau T. *Action-Learning and the Marlboro Country: Lessons for Health Management Development*. Liverpool School of Tropical Medicine; 1992. (Documento mimeografiado).
- 10 Revans RW. *Action Learning*. London: Blond and Briggs; 1980.
- 11 Revans RW (1983). *The ABC of Action Learning*. Chartwell-Bratt, Kent; 1983.
- 12 Revans RW. *International Perspectives on Action Learning*. Manchester Training Handbook No 9. Institute of Development Policy and Management, University of Manchester; 1987.
- 13 Riseborough PA, Walter M. *Management in Health Care*. London: Wright; 1988.
- 14 Rojas Z, Sandiford P, Martinez J. *Training Health Managers for Developing Countries in Developed Countries: Fish Out of Water?* En Malek et al. *Strategic Issues in Health Care Management*. Chichester: John Wiley; 1993.
- 15 Sandiford P, Rojas Z. *A Desk Study of the Health Sector in Central America and Mexico*, Commissioned by the Overseas Development Administration Associates in Tropical Health. Liverpool; 1992.
- 16 Sandiford P, Annett H, Cibulskis R. *What Can Information Systems do for Primary Health Care*. *Social Science and Medicine* 1992;34(10):1077-1087.

- 17 Tudor Hart J. *A new kind of doctor*. London: McMillan; 1989.
- 18 Williams P. Britain's Full-Cost Policy for Overseas Students. *Comparative Education Reviews* 1984;28(2):258-278.
- 19 World Health Organization. Management Development for Primary Health Care: Report of a Consultation. Geneva: WHO; 1990.
- 20 World Health Organization. The Challenge of Implementation: District Health Systems for Primary Health Care. Geneva: WHO/SHS/DH/88.1/Rev 1; 1988.

## **E**LABORACIÓN DE UN MODELO OBSERVADO Y DE EVALUACIÓN SOBRE DOTACIONES DE PERSONAL DE SALUD EN LA MUNICIPALIDAD DE BUENOS AIRES

*Pablo F. Bonazzola,<sup>1</sup> Alejandro Ascianto,<sup>1</sup> Héctor Sánchez<sup>1</sup> y Josefina S. de Mendoza Padilla<sup>1</sup>*

### **INTRODUCCIÓN**

La ciudad de Buenos Aires cuenta históricamente con un importante conjunto de establecimientos asistenciales, significativamente incrementado a partir de 1992 con la transferencia a la comuna de todos los efectores que permanecían en la órbita nacional.

La capacidad instalada actual está integrada por 33 establecimientos asistenciales: 13 hospitales generales de agudos, 2 generales de niños, 15 especializados y 3 de odontología. Además se cuenta con 30 centros de salud que dependen de los hospitales generales de agudos. En 1994, el promedio diario de camas disponibles era de 8.743.

También existe un Instituto de Zoonosis Humanas y un conjunto de 11 talleres protegidos de rehabilitación psiquiátrica.

Las actividades realizadas incluyen una amplia gama, desde el primer nivel de atención hasta las prestaciones de máxima complejidad y especialización. Durante 1994 se produjeron en total 6.923.758 consultas, 176.082 egresos, 32.397 partos y 121.513 auxilios.

<sup>1</sup> Secretaría de Salud, Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires, Capital Federal, Argentina.

A finales de 1994 el personal permanente de la Secretaría de Salud era de 26.133 personas, 24.304 de las cuales trabajan en los establecimientos y el resto en el nivel central y en el sistema de emergencias integrado a ellos.

Esta magnitud, asociada a factores tales como la superposición y confusión de regímenes laborales y registraciones que produjo la transferencia del personal nacional, se refleja en la escasez de datos consistentes sobre recursos humanos para distintos tipos de planificación y evaluación sanitaria.

El Municipio viene encarando desde hace un tiempo el desarrollo de un sistema único de información de personal con apoyo informático, cuya concreción sería una respuesta adecuada tanto para las áreas económicas como para las sanitarias.

Sin embargo, como en la viabilidad del proyecto influyen múltiples factores, es difícil que pronto pueda llegarse a su plena implantación.

Por tal motivo, se planteó el objetivo de construir un modelo observado de las dotaciones de personal de salud, con la información regularmente disponible o fácilmente generable, cuyo seguimiento contribuyera a corto plazo a sustentar políticas de recursos humanos en el sector y a gerenciar los servicios de salud de la comuna.

En este documento se da una visión del desarrollo y contenido de dicho modelo.

## **METODOLOGÍA**

### **Detección y análisis de información existente**

La búsqueda de datos preexistentes sobre personal permitió detectar varias fuentes de gran heterogeneidad entre sí, debido a la ausencia de coordinación entre las diversas áreas, a fin de generar una sistematización y codificación común para brindar información útil al conjunto.

La Dirección General de Recursos Humanos (Secretaría de Hacienda) produce información regularmente disponible a través del análisis mensual de la liquidación de haberes, la cual brinda datos sobre cantidad y distribución de agentes y montos liquidados, pero no informa sobre diversas variables de interés sanitario (entre otros, dedicación profesional horaria a planta y guardia, especialidad médica y distribución de agentes por servicios hospitalarios).

La Dirección General de Planificación Presupuestaria (Secretaría de Hacienda) provee información sobre montos presupuestarios de personal por programas; en la actualidad, dicha información no es todavía fácilmente compatible con datos de tipo de personal por hospital y por servicios.

Diversas áreas de la Secretaría de Salud (enfermería, áreas programáticas, infectología, servicio social, entre muchas otras) recolectan pe-

riódicamente información sobre el personal específico, pero dada la heterogeneidad ya descrita, no es posible su análisis de conjunto.

Estos hallazgos determinaron la necesidad de desarrollar relevamientos propios a fin de contar con información adecuada para el desarrollo de un modelo posible de ser utilizado por todas las áreas.

### **Generación de información propia**

Se diseñaron formularios para ser completados por los establecimientos, que incluyen información sobre:

a) Número total de agentes y distribución por función de conducción o ejecución, por pertenencia a carrera profesional hospitalaria o Escalafón General, y por escala salarial.

b) Distribución de agentes por agrupamientos: médicos, otros profesionales, enfermeros, otros técnicos, profesionales de Escalafón General, administrativos, mantenimiento y servicios generales.

c) Distribución de profesionales por profesión, especialidad y dedicación horaria a guardia y planta.

Se efectuaron reuniones con los jefes de personal de todos los establecimientos, en las que se detalló el objetivo y la modalidad del relevamiento y se acordaron definiciones operativas. Se indicó realizar los relevamientos cotejando la información con las planillas de liquidación de haberes del mes correspondiente, a fin de dar mayor consistencia a los datos.

Desde el inicio de la actividad se realizaron cuatro cortes: noviembre y marzo de 1993, y julio y noviembre de 1994. En cada uno de los relevamientos se efectuaron reiteradas reuniones y contactos con los jefes de personal a fin de minimizar errores. El informe final de cada uno de los cortes fue remitido a los directores y jefes de personal, como contribución al gerenciamiento local y para mantener la motivación en la continuidad del trabajo.

### **Actividades de mediano plazo**

En forma paralela se está desarrollando un programa en base de datos que permita el logro de un sistema dinámico y permanente de información sobre personal de salud, utilizable tanto por el nivel central como por los establecimientos.

En base a la información y experiencia recogidas se está llevando a cabo un proceso de coordinación intersectorial con la finalidad de llegar a un sistema y clasificación (codificación) comunes en la materia para todos los sectores.

### Elaboración del modelo observado y de evaluación

La información recolectada permitió seleccionar, entre los múltiples cruzamientos posibles, las variables de significación para el gerenciamiento y la evaluación sanitaria. Con las mismas se consolidó un modelo observado integrado por valores absolutos y relativos, que se sintetiza más adelante.

Los cuatro cortes efectuados en un año no mostraron variaciones de importancia, excepto un moderado incremento global de las dotaciones; por lo que se optó por tomar los datos del último corte (noviembre de 1994) para construir el modelo observado.

Con los valores promedio, máximos y mínimos de cada ítem se elaboró una planilla de evaluación, con la que, en los futuros cortes, se analizará la situación y tendencia del sistema y de cada uno de los establecimientos (véase el cuadro 1).

**CUADRO 1. Planilla de evaluación de dotación de personal.**

Índice %	Hospitales generales. de agudos y niños estándares			Valor real	
	Promedio	Mínimo	Máximo	Corte al	Corte al
Profesionales/total agentes	43,6	37,8	48,7	—	—
Escalafón general/total agentes	56,4	51,3	62,2	—	—
Total cargos conducción/dotación	16,9	11,9	32,0	—	—
Total cargos conducción profesionales/dotación profesional	14,0	11,7	18,6	—	—
Total cargos conducción escalafón general/dotación escalafón general	19,2	9,7	43,0	—	—
Médicos/dotación total	31,9	27,2	37,6	—	—
Otros profesionales/dotación total	11,7	9,1	17,3	—	—
Enfermería/dotación total	25,4	19,1	29,8	—	—
Otros técnicos/dotación total	10,2	7,0	17,4	—	—
Profesionales de escalafón general/ dotación total	0,2	0,0	0,5	—	—
Administrativos/dotación total	8,5	3,5	13,3	—	—
Servicios generales/dotación total	8,9	5,5	12,0	—	—
Mantenimiento/dotación total	3,1	0,4	9,4	—	—
Total personal/cama disponible	3,6	2,4	5,7	—	—
Médicos/cama disponible	1,1	0,8	2,0	—	—
Otros profesionales/cama disponible	0,4	0,3	0,7	—	—
Enfermería/cama disponible	0,9	0,6	1,4	—	—
Otros técnicos/cama disponible	0,4	0,2	0,7	—	—
Profesionales escalafón general/ cama disponible	0,0	0,0	0,0	—	—
Administrativos/cama disponible	0,3	0,1	0,5	—	—
Servicios generales/cama disponible	0,3	0,2	0,5	—	—
Mantenimiento/cama disponible	0,1	0,0	0,5	—	—
Total dotación	1.099	487	1.623	—	—

**CUADRO 2. Establecimientos asistenciales según perfil y promedio de camas disponibles.**

	Número	Promedio diario de camas disponibles
Establecimientos con internación		
Hospitales generales de agudos	13	4.093
Hospitales generales de niños	2	520
Hospitales especializados	14	4.130
Total	29	8.743
Establecimientos sin internación		
Hospitales odontológicos	3	
Centro de Salud Mental	1	
Talleres protegidos	1	
Instituto Zoonosis	1	
Total	6	
Total de establecimientos	35	

\*Fuente: Dirección de Estadística, Secretaría de Salud.

Los mencionados valores se calcularon para el conjunto de los 35 establecimientos, por una parte, y por otra, para los hospitales generales de agudos y para los de niños.

Los establecimientos especializados son de naturaleza tan heterogénea que requieren evaluaciones por separado, no incluidas en este trabajo.

## SÍNTESIS DEL MODELO OBSERVADO

Los valores absolutos se desarrollan en los cuadros 2 a 4, y los valores relativos se desarrollan en los cuadros 5 a 9.

**CUADRO 3. Número de agentes según agrupamiento y función de ejecución o conducción en todos los establecimientos.**

Agrupamiento	Ejecución	Conducción	Total
Médicos	5.283	1.361	6.644
Otros profesionales	2.882	409	3.291
Enfermería	5.279	1.009	6.288
Otros técnicos	2.071	450	2.521
Profesionales Escalafón General	94	16	110
Administrativos	1.255	1.004	2.259
Servicios generales	1.708	394	2.102
Mantenimiento	591	498	1.089
Total	19.163	5.141	24.304

**CUADRO 4. Número de agentes según agrupamiento y función de ejecución y conducción en los hospitales generales de agudos y de niños.**

	Ejecución	Conducción	Total
Médicos	4.375	877	5.252
Otros profesionales	1.804	127	1.931
Enfermería	3.610	584	4.194
Otros técnicos	1.483	206	1.689
Profesionales Escalafón General	24	7	31
Administrativos	813	595	1.408
Servicios generales	1.238	224	1.462
Mantenimiento	344	173	517
Total	13.691	2.793	16.484

**CUADRO 5. Proporción según función y régimen laboral.**

	Establecimientos %	Hospitales generales de agudos y de niños %
Profesionales/total agentes	40	43,5
Escalafón General/total agentes	60	56,5
Total cargos de conducción/dotación total	20	17
Cargos de conducción profesional/ dotación profesional	10	14
Cargos de conducción Escalafón General/dotación Escalafón General	20	19

**CUADRO 6. Estructura porcentual entre agrupamientos y establecimientos.**

	Establecimientos	Hospitales generales de agudos y de niños
Médicos	27,3	31,9
Otros profesionales	13,5	11,7
Enfermería	25,9	25,4
Otros técnicos	10,4	10,2
Profesionales Escalafón General	0,5	0,2
Administrativos	9,3	8,5
Servicios generales	8,6	8,9
Mantenimiento	4,5	3,1
Total	100	100

**CUADRO 7. Proporciones entre profesiones y especialidades.**

Profesión y especialidad	%	Profesión y especialidad	%
Pediatría	7,34	Oncólogo	0,44
Ayudante	5,13	Adolescencia	0,37
Clínica	5,11	Quemados	0,37
Psiquiatría	3,92	Alergia	0,31
Otros	3,44	Nutrición	0,27
Anestesia	3,39	Fisiatra	0,26
Cirugía general	3,34	Reumatología	0,24
Traumatología	3,03	Radioterapeuta	0,16
Cardiólogo	2,99	Geriatría	0,15
Ginecología	2,80	Inmunología	0,13
Obstetricia	2,71	Subtotal de médicos	65,02
Neonatología	2,27	Psicólogo	8,83
Terapia intensiva	2,24	Bioquímico	5,21
Oftalmología	1,69	Odontología	4,29
Neurología	1,10	Asistente social	3,39
Gastroenterología	1,07	Kinesiólogo	2,58
Radiólogo	1,05	Obstetrica	2,35
Infectología	1,00	Farmacéutico	2,12
Otorrinolaringología	0,93	Fonoaudiólogo	1,85
Dermatología	0,89	Nutricionista	1,33
Patología	0,86	Psicopedagogo	1,31
Neumonología	0,85	Terapista ocupacional	0,86
Neurocirugía	0,81	Otros	0,48
Urología	0,78	Sociólogo	0,20
Endocrinología	0,77	Músico-terapista	0,13
Cirugía plástica	0,71	Antropólogo	0,05
Cirugía vascular	0,61	Subtotal de otros profesionales	34,98
Hematología	0,56		
Nefrología	0,47	Total de profesionales	100
Hemoterapia	0,47		

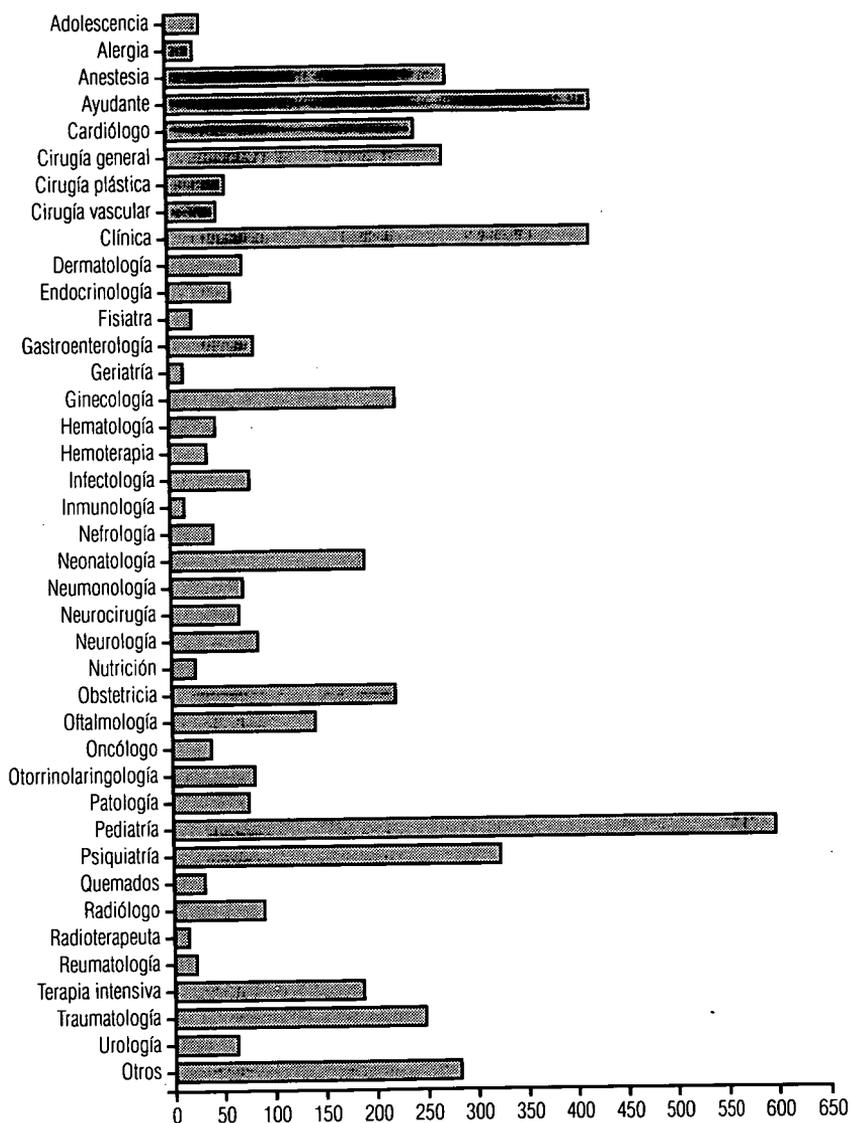
**CONSIDERACIONES SOBRE EL MODELO OBSERVADO**

La naturaleza de la información lograda y la posibilidad de recolectarla en forma continua proporciona un instrumento apto para contribuir a la caracterización y evaluación de los establecimientos de salud de la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires.

**CUADRO 8. Relación de la dotación con la capacidad instalada.**

	Número	Dotación total	Dotación promedio	Dotación máxima	Dotación mínima
Total de establecimientos	35	24.304	6.694	1.623	119
Hospitales generales de agudos y de niños	15	16.484	1.099	1.623	487

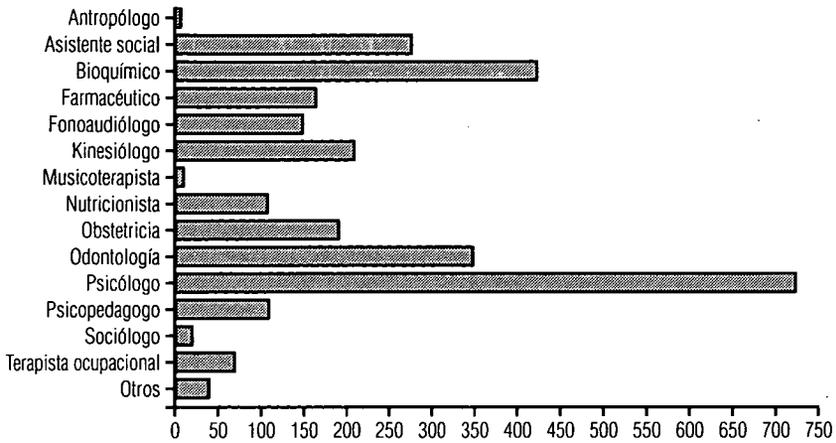
FIGURA 1. Especialidades médicas



El conjunto de indicadores definidos revelan esencialmente la situación y las tendencias globales de la estructura del personal hospitalario y se consideran adecuados para integrarse a otros estándares clásicos a fin de proporcionar una visión macro de los establecimientos.

Es importante puntualizar las limitaciones del modelo: no sirve —y debe evitarse la tentación reduccionista— para emitir juicios taxativos sobre eficiencia de servicios, o sobre excesos o deficiencias de personal con

FIGURA 2. Otros profesionales



ese solo elemento. En segundo lugar, las cifras resultan de las peculiaridades y de la historia propia de una jurisdicción: la ciudad de Buenos Aires. La profundización del análisis determinará cuáles son los valores ideales a los que se debe tender. Pero lo cierto es que dichos resultados no pueden generalizarse como válidos para cualquier otra jurisdicción o sistema de servicios. En tercer lugar, la información se refiere exclusivamente a dotación permanente y omite a los residentes, concurrentes, becarios y otras variadas modalidades laborales transitorias o no rentadas que constituyen un grupo de peso en el proceso de trabajo hospitalario. La exclusión en esta etapa obedece a que uno de los objetivos principales del trabajo es poder articular la información con los registros de las áreas económicas y de administración de personal. Sin embargo, la profundización en el proceso laboral hospitalario hará imprescindible su recolección.

CUADRO 9. Índice personal/cama disponible.

	Establecimientos con internación			Hospitales generales de agudos y de niños		
	Promedio	Mínimo	Máximo	Promedio	Mínimo	Máximo
Médicos	0,8	0,1	2,0	1,1	0,8	2,0
Otros profesionales	0,3	0,0	1,8	0,4	0,3	0,7
Enfermería	0,7	0,2	3,3	0,9	0,6	1,2
Otros técnicos	0,3	0,0	1,4	0,4	0,2	0,5
Profesionales de escalafón general	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0
Administrativos	0,2	0,0	0,9	0,3	0,2	0,5
Servicios generales	0,2	0,0	0,8	0,3	0,2	0,4
Mantenimiento	0,1	0,0	0,8	0,1	0,0	0,5
Total	2,7	0,4	9,3	3,6	2,4	5,7

Algunos elementos destacables de la información obtenida para el total de establecimientos son:

*Relación entre agrupamientos.* Los médicos y enfermeros constituyen más del 50% del total del personal, siendo los primeros ligeramente más numerosos. En esta distribución influye seguramente el carácter de recurso crítico de enfermería, que dificulta en forma constante la incorporación a un agrupamiento que teóricamente debiera ser el más numeroso.

El bajo peso del personal administrativo (9,3%) se debe en parte a las mayores dificultades de incorporar dicho personal ante las medidas de contención del gasto, que suelen afectar más al mismo que a los cargos asistenciales, y coincide con la deficiencia empíricamente señalada por los hospitales.

Los empleados de servicios generales (8,6%) y los de mantenimiento (4,5%) constituyen una proporción muy pequeña, seguramente ocasionada por la concesión de dichos servicios al sector privado desde hace algunos años.

*Relación jefes/agentes.* Casi una cuarta parte de los agentes de Escalafón General tiene cargo de conducción, y menos de la quinta parte de los profesionales de carrera asistencial son jefes.

Los cargos de conducción están influenciados en el sector no solo por las concepciones organizacionales, sino porque han sido una vía frecuente de negociación gremial para incrementos ocultos de salario ante los ajustes económicos. Este es un indicador interesante en el momento que se encaran transformaciones organizativas.

*Proporciones entre profesionales y especialidades asistenciales.* Los médicos representan 65% de los profesionales asistenciales. Los especialistas más numerosos son los pediatras y los clínicos (7,3 Y 5,1%, respectivamente). Los otros profesionales son encabezados por los psicólogos (8,8%), los bioquímicos (5,2%) y los odontólogos (4,3%).

Este tipo de análisis no permite una evaluación de rendimiento, porque las especialidades no necesariamente se corresponden con áreas específicas de asistencia. Sin embargo, la discriminación en horas de planta y guardia permite calcular el rendimiento global por producción asistencial de planta, lo que no sería factible con el número de agentes.

*Relación personal/cama disponible.* Como resultado general, el índice personal/cama disponible (2,8%) se estima elevado, debiendo profundizarse su análisis dado que la diversificación de las acciones de salud en los últimos años han hecho perder representatividad a los indicadores centrados en la cama hospitalaria.

# LA EXPERIENCIA FRUCTÍFERA DE LOS CURSOS DE CONTROL DE VECTORES EN LAS PROVINCIAS DE CUBA

*Carlos M. Finlay<sup>1</sup> y Domingo Montada<sup>2</sup>*

---

Las dos actividades principales del Departamento de Control de Vectores y Hospederos Intermediarios de la Subdirección de Parasitología del Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri" (IPK), son la investigación aplicada y la docencia de posgrado. El departamento, desde 1990, es Centro Colaborador de la OMS para el adiestramiento e investigaciones en malacología médica y control biológico de vectores y hospederos intermedarios. Hasta 1986, la actividad docente se desarrolló mediante cursos de 7 días de duración en el Instituto. Los participantes eran profesionales que trabajaban en los departamentos de control de vectores de los centros provinciales y municipales de higiene y epidemiología, los que tenían como objeto incrementar sus conocimientos teórico-prácticos en temas relevantes para su actividad. Se realizaban dos o tres cursos anuales, pero la experiencia acumulada durante los primeros cuatro años de trabajo demostró que se debían buscar otras formas de cumplir la actividad docente. Por diferentes motivos los alumnos eran pocos, nunca más de seis, y los recursos invertidos no se justificaban ante una participación tan pequeña. Se decidió, por lo tanto, trasladar la ejecución de esos cursos a las provincias. En la presente reseña, se presentan los resultados de esta experiencia docente, desarrollada entre 1986 y 1992.

## OBJETIVOS

Estos cursos tuvieron como objeto transferir conocimientos y tecnologías de aplicación inmediata en el trabajo de control; facilitar a nuestros investigadores el contacto directo con los problemas cotidianos que esta actividad tiene en las provincias; identificar el personal de las provincias con mayor motivación y capacidad para investigar o participar en cursos de maestría; elaborar planes de investigación conjunta para re-

---

<sup>1</sup> Investigador titular. Subdirector del Departamento de Parasitología, Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri", Ciudad de La Habana, Cuba.

<sup>2</sup> Investigador agregado. Departamento de Control de Vectores y Hospederos Intermedarios, Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri", Ciudad de La Habana, Cuba.

resolver problemas locales, y lograr una participación masiva del personal al que van dirigidos los cursos, para así alcanzar una relación costo-beneficio que justifique la inversión.

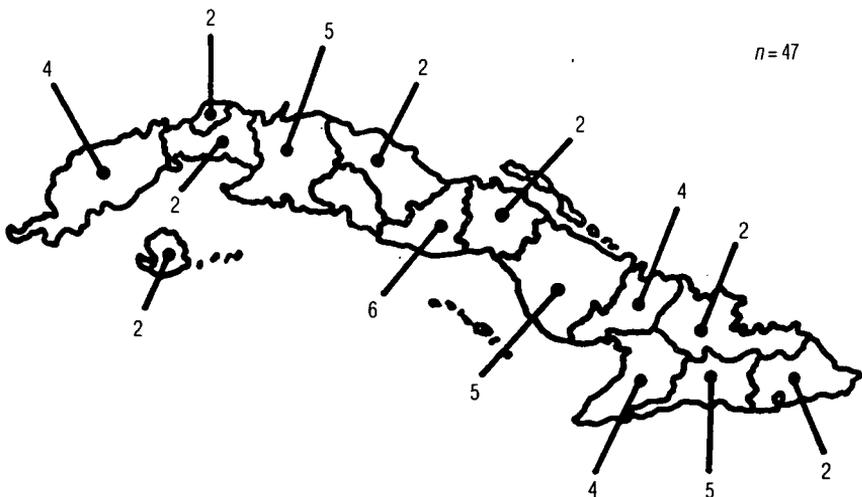
## ORGANIZACIÓN

Cuba está dividida en 14 provincias y un municipio especial: Isla de la Juventud, que fueron agrupados a su vez en tres regiones: oriental central y occidental. Los cursos se llevaron a cabo en una provincia de cada región, a los que se invitaron participantes de las otras cuatro provincias. El mismo curso se repitió tres veces, una en cada región. Su duración fue de 5 días, con 8 a 10 horas diarias de actividades teóricas y prácticas. Los temas se determinaron en base a las necesidades identificadas por el Ministerio de Salud Pública. Se realizaron exámenes escritos para evaluar los conocimientos al inicio y al final de cada curso. También se pidió a los participantes sus sugerencias para mejorarlos.

## CURSOS IMPARTIDOS

Se realizaron 47 cursos (figura 1). En ellos participaron profesionales y técnicos de todas las provincias de cada región, con un número mayor de la provincia sede; en el cuadro 1 se describen los cursos. Al inicio de estos, se les proporcionó a los alumnos materiales docentes (cuadro 2). Los profesores de los cursos (2 ó 3 en cada uno) elaboraron folletos con los conceptos, metodología e interpretación de las tecnologías impartidas.

FIGURA 1. Número de cursos de control de vectores impartidos por provincias. Cuba, 1986-1992.



**CUADRO 1. Cursos de control de vectores impartidos en las provincias de Cuba, 1986-1992.**

Temas	Número	Participantes		Objetivos
		Profesionales	Técnicos	
Taxonomía y ecología	12	106	126	Uso de claves taxonómicas y técnicas de montaje Bioecología para el control de culicidos y moluscos
Control químico	17	136	146	Aplicar las pruebas normadas por la OMS y los métodos bioquímicos para la detección de resistencia a insecticidas. Implantar un sistema de vigilancia nacional en artrópodos vectores y roedores
Control biológico	14	124	122	Utilización y producción de microorganismos entomopatógenos, peces larvivoros, nemátodos parásitos y moluscos
Computación	4	33	25	Adiestrar en las técnicas necesarias para crear un sistema automatizado de control de vectores

**CUADRO 2. Folletos docentes distribuidos en los cursos de control de vectores impartidos en las provincias de Cuba, 1986-1992.**

- Claves para la identificación de las larvas y adultos de la familia culicidae
- Técnicas para el muestreo, montaje y determinación de la edad fisiológica de los mosquitos
- Bioecología y control de anofelinos
- Métodos de control biológico de mosquitos
- Producción masiva de nemátodos y su aplicación en el control de anofelinos
- Clave pictórica para las principales especies de peces larvivoros de Cuba
- Control de roedores dañinos
- Control químico. Bioensayos de laboratorio y terreno normados por la OMS
- Control químico. Métodos de control químico de artrópodos vectores. Bioquímica y genética de la resistencia
- Moscas sinantrópicas y su control
- Guía para la identificación de moluscos fluviales de importancia médica
- Malacología Médica

También se distribuyeron fotocopias de investigaciones que fueron utilizadas de forma eficiente.

Los cursos contribuyeron al desarrollo de nuestro sistema de salud y de importantes tareas, tales como la implantación de un sistema nacional de vigilancia a la resistencia a insecticidas; la introducción y extensión de métodos de control biológico, y la identificación en cada provincia de moluscos transmisores potenciales de enfermedades. También se

incrementaron los nexos de trabajo científico-técnico con las provincias, evidenciado por el incremento de investigaciones (de 0 a 5) y publicaciones (de 4 a 10) conjuntas, y la participación de 13 profesionales de provincias en la maestría en control de vectores, que desde 1990 imparte el IPK.

Durante los dos últimos años, debido a problemas económicos, la frecuencia de los cursos ha disminuido, aunque se ha propuesto volver a realizarlos con la frecuencia inicial y continuar introduciendo tecnologías, como la utilización del correo electrónico y las técnicas de participación de la comunidad en las tareas de control, que permitan seguir desarrollando nuestro sistema de control de vectores.

Se estima que esta experiencia, de gran utilidad para otros países con pocos profesionales dedicados a esta tarea y limitados recursos económicos disponibles, puede también utilizarse para el desarrollo de otras especialidades.

## **P**ROGRAMAS EXTRAMUROS NAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO DE ODONTOLOGIA NA AMÉRICA LATINA E NOS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO

*Maria Esperanza Cortés Segura,<sup>1</sup> Mário Sérgio Soares<sup>2</sup> e Waldyr Antônio Jorge<sup>3</sup>*

---

### **INTRODUÇÃO**

A odontologia permaneceu como parte integrante da medicina desde a sua origem até 1841, ano em que foi constituída a primeira escola de odontologia em Baltimore, nos Estados Unidos da América. Desde então,

<sup>1</sup> Professora M.S. da Disciplina de Clínica Integrada de Atenção Primária, Departamento de Clínica, Cirurgia e Patologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Brasil.

Endereços: Rua João Antônio Cardozo, Nº 691, Apto. 202, CEP 31310-390, Belo Horizonte, MG, Brasil e Universidade Federal de Minas Gerais, Rua Conde de Linhares, 141, Belo Horizonte, MG, Brasil.

<sup>2</sup> Professor Dr. da Disciplina de Clínica Integrada (Terapêutica Clínica), Departamento de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

<sup>3</sup> Professor Associado da Disciplina de Clínica Integrada (Terapêutica Clínica), Departamento de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

a formação odontológica independente, como profissão universitária, ganhou destaque, e o ensino para a formação de cirurgião-dentista foi planejado para ser posto em execução dentro dos limites físicos das faculdades, universidades, escolas e hospitais nos quais estava inserida (1).

Com o surgimento na época dos movimentos trabalhistas, a educação e o ensino da odontologia sofreram modificações e os serviços de saúde pública ganharam novo enfoque. Para encontrar as soluções esperadas, era necessário considerar as necessidades de saúde bucal da população e a participação dos profissionais formados (2).

A partir de 1960 as instituições de ensino da odontologia na América Latina e nos Estados Unidos efetuaram avaliações do processo de ensino, determinando a necessidade de mudar o perfil do profissional formado. Com a criação dos Departamentos de Odontologia Social, em 1962, houve um novo ordenamento filosófico da profissão visando aumentar as ações que melhorassem o distanciamento entre a universidade e a comunidade (3). Foi assim que se iniciaram os Programas Extramuros (PEM) nas Faculdades de Odontologia da América Latina e dos Estados Unidos, como reflexo das disciplinas de natureza social e como meio de concretizar o novo modelo de ensino direcionado à compreensão dos problemas de saúde pública (4). Os PEM têm sido considerados elemento importante na formação do cirurgião-dentista, com uma gama enorme de filosofias de execução. Além disso, a atividade docente fora do ambiente universitário é fonte inesgotável de estímulos ao aprendizado. Docentes e alunos, sensibilizados pelas necessidades, desenvolveram programas de acordo com as prioridades da comunidade cujo resultado foi um processo de ensino-aprendizagem mais flexível (5).

Este trabalho apresenta uma revisão da literatura publicada nos últimos vinte anos sobre os PEM nas instituições de ensino da odontologia da América Latina e dos Estados Unidos.

## REVISÃO DA LITERATURA

### Programas Extramuros na América Latina

Desde o seu início, o ensino da odontologia na escolas de odontologia da América Latina apresenta padrões curriculares para a formação de cirurgiões-dentistas com grande enfoque nas ciências básicas e técnicas operatórias, mas enfoque limitado nos aspectos preventivos e de saúde pública.

A Faculdade de Odontologia da Universidade de Antioquia (Colômbia), foi fundada em 1962, tendo servido de modelo para outras instituições da América Latina devido ao planejamento e direção técnica de programas com participação ativa da comunidade em ações preventivas, assistência e ensino e por ser a primeira deste tipo. Por esta razão deu-se

especial importância à experiência que obteve em trabalhos que conduziu na comunidade rural de El Retiro.

Como experiência educacional os PEM seguiram, na América Latina, uma tendência comum nas instituições de ensino: atendimento à população carente, rural e/ou urbana, em entidades públicas (postos de saúde, escolas e hospitais). Observou-se que nos primeiros anos os PEM foram oferecidos para alunos de todos os níveis de graduação, porém, ultimamente, a preferência tem recaído em alunos do último ano, por sua maior ligação com os objetivos clínicos.

No início os objetivos dos PEM foram essencialmente educacionais, incrementando as habilidades clínicas e filosóficas para uma maior consciência social da profissão através do conhecimento das necessidades em saúde pública e bucal (6-8). Com o passar do tempo observa-se maior ênfase em direcionar os objetivos dos PEM exclusivamente à prestação de serviços odontológicos, visando o aumento do nível de vida por meio de ações integradas de saúde fora do ambiente acadêmico, lacuna esta não preenchida pelos serviços governamentais de saúde nos países do terceiro mundo (8-15).

A coordenação dos PEM nas faculdades de Odontologia da América Latina era, freqüentemente, responsabilidade do Departamento de Odontologia Preventiva e Social. Em alguns casos a coordenação foi por disciplinas específicas tais como, Ortodontia, na Universidade Nacional de Paraguai (16), Diagnóstico Integral ou Clínica Integrada, no Instituto Metodista de Ensino Superior, São Paulo (15) e Universidade del Valle, Colômbia (11).

As atividades concentram-se, geralmente, em atenção primária e secundária e, na maioria dos casos, com grande ênfase nas atividades educativas e preventivas em saúde bucal. Por outro lado, a carga horária era de um ano no máximo. O atendimento de escolares foi o alvo mais freqüente e, em segundo lugar as populações carentes de diversas faixas etárias.

### **Programas Extramuros Nos Estados Unidos**

Nos Estados Unidos, as mudanças no ensino da odontologia ganharam impulso quando Blackerbee introduziu a idéia do Departamento de Odontologia Social e deu ênfase às experiências de campo como método de ensino. A Universidade de Kentucky foi pioneira ao implantar, em 1962, uma transformação substancial em seu currículo, até então uniforme e tradicional, incluindo a prevenção, o diagnóstico e o tratamento integrados, além da odontologia comunitária e social (17).

Como resultado da conscientização da responsabilidade social, desenvolveram-se uma variedade de PEM no final da década de 1960, cujo auge deu-se em meados dos anos setenta. Muitos dos programas foram

entendidos como simplesmente “experiências que visavam enriquecer o caráter dos participantes para uma maior consciência social (18–19).

Em 1973, o Conselho Americano de Educação em Odontologia realizou uma avaliação sobre o papel do treinamento extramuros na profissão e adotou políticas sobre a sua implantação nos currículos de educação. Esta avaliação estimulou as faculdades a dar oportunidade a seus estudantes de participar de vários tipos de PEM, de acordo com a legislação sobre odontologia vigente em cada estado.

Outro fator que influenciou o desenvolvimento dos PEM foi a ajuda financeira oferecida em 1976 pelo Governo Federal aos cursos de odontologia sob a condição de aumentarem suas vagas ou oferecerem treinamento extramuros (20).

Em 1978 a Associação Americana de Faculdades de Odontologia aprovou normas gerais para a inclusão dos Programas Extramuros nos currículos de ensino dos cursos de graduação. Ficou definido que a meta da educação em odontologia era formar cirurgiões-dentistas biologicamente orientados, tecnicamente competentes e socialmente sensíveis. A sensibilização social aconteceria, provavelmente, através de atividades extramuros, atendendo às necessidades da comunidade e dos grupos desprotegidos, e que os programas intramuros atingiriam os dois primeiros objetivos (21).

Na maioria das instituições o objetivo dos PEM citado com mais freqüência foi o de fornecer ao estudante critérios sobre a realidade sócio-econômica que envolve o cuidado e a assistência às necessidades de saúde bucal de pacientes com diferentes características étnicas, culturais e econômicas distintas daqueles atendidos nas clínicas das faculdades, o que permite criar uma consciência social (17, 22–26).

Em segundo lugar, observa-se que o objetivo educacional dos PEM de algumas instituições de ensino de odontologia foi, além do atendimento clínico de pacientes especiais (idosos, retardados mentais, incapacitados físicos e doentes crônicos), sensibilizar os alunos de graduação a conhecer peculiaridades comportamentais e fisiológicas a fim de incentivar uma possível afinidade por esse tipo de prática (27–31). Outros objetivos para os PEM foram a prestação de serviços à comunidade, desenvolver ou incrementar habilidades clínicas e acesso a mais pacientes.

Algumas universidades trabalharam com populações-alvo de clínicas privadas, tanto em áreas urbanas como rurais, com o intuito de facilitar a transição de seus alunos das clínicas universitárias para a realidade profissional mediante a preparação efetiva num ambiente mais próximo da realidade (19, 32–35).

O nível de formação dos alunos participando dos PEM e as disciplinas oferecidas nos PEM seguem as tendências dos programas na América Latina. Quanto à metodologia de trabalho utilizada, observa-se que há pouca atenção primária sendo mais freqüente o atendimento secundário e terciário, incluindo serviços clínicos complexos, próteses, or-

odontia e reabilitação. As populações selecionadas distribuem-se, em ordem de freqüência, em populações carentes, populações generalizadas e grupos específicos (18, 20).

## **AVALIAÇÃO E COMENTÁRIOS**

Como realidade de educação, os PEM têm sido amplamente utilizados por instituições de ensino de odontologia dos Estados Unidos e, com relativa freqüência na América Latina. A diversidade dos aspectos que caracterizam esses programas dificulta um estudo comparativo entre eles. Essa diversidade existe desde o estabelecimento dos PEM nos currículos de cada instituição por se tratar de um empreendimento institucional voluntário, já que o ensino da odontologia era desligado da prática institucional, das políticas nacionais de saúde e devido à pouca prioridade dada aos aspectos sociais da profissão. A própria estrutura das instituições que ensinam odontologia e que têm currículos rígidos, impede o estabelecimento de PEM como uma disciplina com características definidas. Além disso, as diferenças inerentes a cada país e a disponibilidade de recursos econômicos, devem ser levadas em consideração.

Os PEM inseridos nos currículos de graduação, como metodologia de ensino e como forma de prestar assistência odontológica à comunidade, foram adotados por muitas instituições de ensino. É possível, no entanto, que o desconhecimento ou subestimação do valor pedagógico dos PEM não tenha permitido seu uso generalizado mantendo-se, muitas vezes, o modelo de ensino tradicional. A escassez de literatura, juntamente com informações incompletas para o seu conhecimento, contribuiu para esta realidade.

As informações sobre a realização desses programas teve seu apogeu na década de 1970, quando foi criada a maior parte dos PEM. A partir dos anos oitenta, observou-se uma diminuição acentuada no número de publicações chegando-se, nos últimos anos, a valores inexpressivos, sem saber se isto está associado à perda de importância dos PEM e, conseqüentemente, ao seu abandono.

Os PEM na América Latina caracterizam-se pela pouca integração entre as diversas disciplinas e pelo planejamento a curto prazo, sem avaliações sistemáticas. As dificuldades encontradas com maior freqüência pelas instituições que realizaram os PEM foram a escassez de recursos econômicos, assim como a falta de motivação dos docentes e o desconhecimento do valor pedagógico para este tipo de prática.

Em relação ao objetivo principal dos PEM observou-se, tanto nos Estados Unidos como na América Latina, que estava orientado a sensibilizar os alunos a fatores sócio-culturais que afetam a prestação de serviços à comunidade. Outros objetivos destacados foram: aumentar e desenvolver habilidades clínicas; capacitar os alunos em aspectos preventivos e sociais,

dando-lhes acesso a pacientes que não fossem das clínicas da universidade, a fim de se inteirarem de suas necessidades reais e de saúde frente a problemas sócio-culturais.

Existe na América Latina, nestes últimos anos, uma tendência para orientar esses programas de modo a dar maior assistência à comunidade em detrimento ao cunho educacional. Porém, como este universo ainda é pequeno, sugere-se a realização de mais pesquisas.

Nas instituições de ensino dos Estados Unidos há dois objetivos bem marcantes: o atendimento ao paciente especial e a familiarização do aluno com a atividade privada.

A sensibilização dos alunos para as necessidades de atendimento do paciente especial (idosos, retardados mentais, incapacitados físicos, etc.) reflete, provavelmente, o melhor nível de saúde bucal da população em geral. A quantidade desses pacientes presentes nos ambulatórios e consultórios, demanda atenção e serviços especiais, tornando relevante a necessidade de preparar recursos humanos para os atender.

O atendimento dado pelo aluno nas clínicas ou consultórios privados facilita sua transição da universidade para a prática profissional, permite-lhe conhecer melhor os aspectos administrativos do relacionamento do cirurgião-dentista com seus pacientes e com o pessoal auxiliar e lhe dá a oportunidade de conciliar a sensibilização social com os problemas da comunidade (22, 32-36).

A maior parte das avaliações e dos resultados dos PEM realizam-se em função do cumprimento dos objetivos propostos. Observa-se que na América Latina, embora o objetivo seja adquirir sensibilidade social, avaliaram-se o aumento da habilidade clínica ou da prestação de serviços em termos da produtividade clínica e do desempenho do aluno. O número de tratamentos terminados é que determinava se era boa (9, 10, 13, 37). Apenas no estudo da Universidade Federal do Rio de Janeiro (14) é que o resultado final não mostrou significativo aumento de sensibilidade social.

As avaliações das instituições de ensino dos Estados Unidos, baseadas nos objetivos propostos, apresentaram, em sua grande maioria, mudanças positivas e um aumento da sensibilidade social (23, 29, 32, 33).

A avaliação educacional dos PEM no ambiente da prática privada relaciona o aluno com o campo de atividade com maior concentração de profissionais no mercado de trabalho. Este tipo de prática é limitado especialmente pelo nível de renda da população e por fatores tais como o nível educacional, tradições culturais, etc. Embora representem uma necessidade para a formação do aluno, oferecem pouca cobertura para as necessidades da comunidade.

A escolha do local de atuação ou população-alvo para a realização dos PEM foi também importante. Observa-se que o modelo desenvolvido em áreas rurais oferece oportunidade aos participantes de interagir ativamente com a comunidade, passando a conhecer sua realidade. Por outro lado, observa-se que o modelo em áreas urbanas teve maior aceitação,

oferecendo maiores facilidades de deslocamento de pessoal das instituições de ensino, encontrando-se, muitas vezes, já havia infraestrutura pré-estabelecida de outras instituições como hospitais ou postos de saúde.

Para a realidade do Brasil e da maioria dos países da América Latina, onde boa parte da população acha-se concentrada nas cidades principais, o modelo urbano atinge um amplo setor.

Frente à diversidade de populações observadas nos PEM, devemos ressaltar as orientações preconizadas pela Organização Mundial da Saúde, onde a pessoa com menos de 15 anos é prioridade número um, e no grupo de adultos os cuidados devem iniciar-se pelas gestantes, embora ênfase não signifique exclusividade, pois a assistência não pode esquecer o princípio da universalização, eliminando barreiras econômicas e/ou raciais (33).

As instituições de ensino que encorajam a realização de PEM têm-se defrontado com dificuldades semelhantes e importantes. A principal talvez seja o currículo que não permite a introdução de mudanças que criem espaços e dêem autonomia aos PEM. O fato de não apresentarem corpo docente próprio acarreta desmotivação dos docentes que ficam com a sobrecarga acadêmica e, portanto, impedidos do trabalho multidisciplinar. Em segundo lugar, o fato de não haver auto-avaliações correspondentes com as metodologias de avaliação do processo de ensino, impediu que seu valor pedagógico real fosse conhecido.

Outra tendência que aparece principalmente na América Latina, é a coordenação dos PEM pelas disciplinas de Clínica Integrada, permitindo a interação de diversas disciplinas e a definição mais rápida do plano de tratamento integrado (7, 11, 14, 15, 26).

Em relação à graduação do aluno que participou dos PEM, observou-se que na América Latina e nos Estados Unidos houve uma tendência, a partir dos anos oitenta, a canalizar os programas para os alunos dos últimos anos, já que parecem ter mais competência clínica para a prestação de serviços à população carente, aos pacientes especiais e nas clínicas privadas.

Este enfoque pode ser vantajoso quando se objetiva exclusivamente quantidade de trabalho realizado ou quando se trata de pacientes especiais ou áreas específicas de odontologia. Contudo, uma limitante para a realização de um programa da área privada foi justamente o fato dos alunos apresentarem insuficiente experiência prévia, causando desconfiança por parte dos pacientes (36).

É possível que seja mais apropriado, caso se torne disciplina obrigatória, distribuir os objetivos educacionais nos diferentes níveis da graduação, com diversos graus de complexidade, aumentando gradativamente seu envolvimento de acordo com o ganho de habilidades e conhecimentos técnicos. Dessa forma, ao final da experiência, talvez seja possível criar uma mentalidade social e técnica com pesos semelhantes.

## CONCLUSÕES

1. Os PEM, tanto nas faculdades de odontologia na América Latina como nos Estados Unidos, têm como objetivo principal sensibilizar os alunos aos fatores sócio-culturais que afetam a prestação de serviços odontológicos à comunidade. Nos Estados Unidos outros objetivos marcantes são o atendimento ao paciente especial (idosos, retardados mentais, incapacitados físicos, etc.) e a familiarização com a prática privada nas áreas rurais e urbanas. Na América Latina existe uma tendência a orientar os programas à prestação de serviços à comunidade e menos ao cunho educacional.

2. A população-alvo dos PEM na América Latina e nos Estados Unidos foi muito diversa: escolares, adultos, pacientes de instituições e outros em áreas urbanas ou rurais de diferentes níveis de renda e, em especial, carentes.

3. O Departamento de Odontologia Preventiva e Social ou Comunitária foi o que mais freqüentemente coordenou os PEM.

4. A principal dificuldade observada foram os próprios docentes que não permitem a introdução de mudanças curriculares que criem espaço e dêem autonomia aos PEM.

5. As atividades desenvolvidas nos PEM na América Latina estão dirigidas especialmente à prevenção e à atenção primária e secundária às populações, enquanto que nos Estados Unidos elas enfatizam a atenção secundária e a terciária.

6. As avaliações apresentam-se semelhantes ao afirmar que os PEM são um elemento importante na metodologia de ensino para a formação integral do cirurgião-dentista, pelo ganho de sensibilidade e como forma eficaz de prestar assistência à comunidade.

## RESUMO

A presente dissertação objetivou o estudo da literatura existente sobre Programas Extramuros (PEM) nas instituições de ensino odontológico na América Latina e nos Estados Unidos, revisando seus objetivos, populações-alvo e localização; as disciplinas que os coordenam; os resultados e as avaliações a nível educacional dos alunos e o atendimento às comunidades.

Observa-se que o principal objetivo dos PEM é sensibilizar os alunos aos fatores sócio-culturais que afetam a prestação de serviços odontológicos à comunidade. Nos Estados Unidos outros objetivos marcantes são o atendimento ao paciente especial (idosos, incapacitados físicos, retardados mentais, etc.) e a familiarização com a prática privada rural e urbana. Na América Latina existe uma tendência a orientar as PEM à prestação de serviços em detrimento ao cunho educacional. As populações-

alvo foram diversas e, na grande maioria, populações carentes de áreas urbanas e rurais. O Departamento de Odontologia Preventiva e Social foi o mais freqüente responsável pela coordenação.

As avaliações apresentam os PEM como elemento importante na metodologia de ensino para a formação integral do cirurgião-dentista pelo ganho de sensibilidade social e eficácia na prestação de assistência à comunidade.

A principal dificuldade observada está nos próprios docentes que não permitem a introdução de mudanças curriculares que criem espaços e dêem autonomia aos PEM. As atividades desenvolvidas nos PEM, na América Latina, estão dirigidas à prevenção e à atenção primária e secundária das populações, enquanto que nos Estados Unidos enfatizam a atenção secundária e a terciária.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Lerman S. *Historia de la odontología y su ejercicio legal*. Buenos Aires: Mundi; 1964; 77-146.
- 2 Campenni JF. *History of Dentistry in Wisconsin*. Wisconsin Dental Society; 1970; 63-70.
- 3 Mejia R. *Análisis crítico de la odontología. Em: Cambios: desafios del siglo XXI. Illinois, 25 a 29 de julho de 1988*. Medelin, Piloto; 59-68.
- 4 Chaves MM. *Odontologia social*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Labor do Brasil; 1977; 297-319.
- 5 Miranda C. Situación didáctica del trabajo extramural. *Alafo* 1975; 10(1): 15-22.
- 6 Rojas A. Experiencias extramurales en la facultad de odontología. *Act Odon Venez* 1970; 8(2-3): 183-248.
- 7 Heredia A, Tejada D. Prácticas extramurales de odontología en la Universidad Autónoma de Santo Domingo. *Alafo* 1974; 15-22.
- 8 Chang NA. Programas docentes extramuros a nível de V ano. *Odonto* 1974; 4(1): 23-27.
- 9 Rivera VR, Bernal J, Beltran R. Internado Rural estomatológico. *Innovaciones* 1983; 2(13): 10-14.
- 10 Botti MR, Santos GMC. Programas preventivos extramuros. *Rev Gaucha Odont* 1982; 30(4): 316-319.
- 11 Gomez de AB. Facultades de Odontologia. Programas docente asistenciales. *Rev Fed Odont (Colombia)* 1982; 31(143): 48-53.
- 12 Oliveira SP, Miranda VA, Moreira BW. Programa integrado de educação e saúde escolar. *Rev Gaucha Odont* 1986; 34(3): 264-266.
- 13 Moreira BW, Oliveira SP. Integração docente-assistencial. *Rev Gaucha Odont* 1987; 35(4): 284-286.
- 14 Medeiros UV. A experiência extramural como resposta às necessidades de saúde bucal da comunidade. [Tese de Livre Docência]. Rio de Janeiro: Faculdade de Odontologia do Rio de Janeiro; 1987.
- 15 Alves GA. Programas Extra-muros. Vivendo a realidade na escola. *Odonto* 1991; 52-53.
- 16 Marin A. Una experiencia docente extramuros en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Asunción. *Alafo* 1981; 15(1): 13-17.
- 17 Soble RK. Extramural experience as an educational methodology in dentistry. *J Dent Educ* 1971; 35: 365-370.
- 18 Gardiner J, Lotzkar SA. A survey of extramural experiences for dental students. *J Dent Educ* 1975; 39(8): 530-534.
- 19 Heise L, Lewis GP, Bader JD, Harris JH. Experimental education for dental

- student at the University of Kentucky. *J Dent Educ* 1976;40(5):272-275.
- 20 Born DO, Diangelis A. Extramural education programs in the 80s. *J Dent Educ* 1986;50(12):731-733.
  - 21 Gilmore N. Curricular guidelines for extramural programs. *J Dent Educ*. 1980;44(2):92-95.
  - 22 Dummet CD. Extramural programs in community dentistry. *J Amer Coll Dentist* 1973-1974;40:264-268.
  - 23 Freed JR. Educational value of university-sponsored community dental clinic: a three-year student evaluation. *J Dent Educ* 1976;40(2):93-98.
  - 24 Vig RG. Whiteriver, Arizona, Satellite Clinic of the UCLA School of Dentistry. A three year report. *J Dent Educ* 1976; 40(4):233-236.
  - 25 Schimmele RG. Indiana School of Dentistry. Extramural programs: an update. *J Indiana Dent Ass* 1978;57(2):32-34.
  - 26 Heitke SB. Reports from schools and discussion. Marquette University's extramural clinical programs. *J Dent Educ* 1984;48(6):47-49.
  - 27 Caine RL. The dental externship: an educational methodology for extramural experiences. *J Dent Educ* 1975; 39(11):737-739.
  - 28 Miller SL, Heil J. Effect of an extramural program of dental care for the special patients on attitudes of students. *J Dent Educ*. 1976;40(11):740-744.
  - 29 Kinne DR, Stiefel DJ. Assessment of student attitude and confidence in a program on dental education in care of the disabled. *J Dent Educ* 1979;43(5):271-275.
  - 30 Block MJ, Walken JW. Effect of an extramural program on student attitudes toward dental care for the mentally retarded. *J Dent Educ* 1980;44(3):158-161.
  - 31 Granthan E, Block M. Effect of extramural experiences on dental student's attitudes. *J Dent Educ* 1983;47(12):681-684.
  - 32 Lerner M, Hasll D, Young W. Evaluating a field experience in community dentistry. *J Dent Educ* 1971;35(7-12):45-51.
  - 33 McMillan WB, Foglesong DDS. An evaluation of the University of Minnesota summer rural dental externship program. *J Public Health Dent* 1975; 35(4):260-364.
  - 34 Pride J, Chambers DW. An expanded model for extramural dental clinics. *J Dent Educ* 1977;41(4):191-195.
  - 35 Abrams BL, Olson PC. Extramural experience in learning dental office management. *J Amer Coll Dent* 1979; 46(4):231-239.
  - 36 Fields T, Crawford J, Schuman N. Tennessee dental extramural education: one year report. *J Tennes Dent Ass* 1981; 61(4):11-13.
  - 37 Silva-Neto CR, Caldas EM. Atividades extramuros com estudantes de odontologia voluntários. Análise de seis anos. *Odont Moder* 1987;14(10):33-36.
  - 38 Pinto VG. *Saúde bucal. Odontologia Social e Preventiva* 2. Santos; Ed. São Paulo; 1990;172-205.

# **D**OCUMENTO

---

## **C**ONVOCATORIA DE INVESTIGACIÓN SOBRE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS: GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS, CALIDAD Y PRODUCTIVIDAD EN SALUD PARA ARGENTINA, BRASIL, CHILE, PARAGUAY Y URUGUAY

### **PRESENTACIÓN**

La Coordinación de Investigaciones en Salud de la División de Salud y Desarrollo Humano y el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la División de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, en colaboración con el Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Estadual de Londrina, Brasil, están promoviendo la Convocatoria de Proyectos de Investigación sobre el tema Gestión de los recursos humanos, calidad y productividad en salud.

La convocatoria está dirigida a investigadores de las ciencias de la salud, ciencias sociales, administrativas y económicas que se encuentran vinculados a instituciones públicas, privadas y académicas de Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay.

### **OBJETIVOS**

La convocatoria tiene los objetivos siguientes:

- Contribuir a la producción de conocimiento e información acerca de la relación entre la gestión de recursos humanos en salud y las reformas que se están operando en el sector.
- Desarrollar la evaluación de las transformaciones e innovaciones que se están produciendo en materia de gestión de recursos humanos para el incremento de la calidad y la productividad en los servicios de salud en los países seleccionados para la convocatoria.
- Promover el fortalecimiento metodológico de los proyectos de investigación referidos a la temática de la convocatoria.

## CONTEXTO

Actualmente, un número importante de países de la Región están impulsando procesos de reforma de sus sistemas de salud.<sup>1</sup> Estos países tienen un diverso nivel de desarrollo económico y un empeño común en cambiar la forma de organizar y financiar la atención a la salud, conjugando objetivos de equidad, eficacia, eficiencia y calidad.

Los procesos de reforma sectorial encierran una serie de contradicciones. Aunque la finalidad explícita de tales procesos es el cambio de la estructura y funcionamiento sectoriales para mejorar la equidad del sistema y sus niveles de eficacia y eficiencia, en la práctica esos objetivos no siempre son los principales motores de los cambios. Al mismo tiempo que alcanzan logros significativos en la racionalidad económica y organizativa o mejoran la focalización de algunos de sus programas, mantienen a vastos sectores sociales en situaciones de accesibilidad condicionada a los servicios de salud. La privatización de algunas de las prestaciones o de sectores de la organización hospitalaria, por ejemplo, pueden representar mecanismos restrictivos para quienes carecen de capacidad de pago propia o por medio de una cobertura financiera institucional, estableciéndose, de hecho, una tensión entre los objetivos de eficiencia y de equidad.

Constituye una preocupación para la OPS asegurar que esa tensión no derive en la exclusión de los grupos sociales a los servicios de salud. Por esa razón, la Organización promueve por diferentes medios una direccionalidad en los sistemas de salud basada en brindar respuesta a las necesidades del conjunto de la población y no solo a quienes puedan afrontar los gastos respectivos.

La reforma sectorial se realiza dentro de un contexto con múltiples relaciones entre la población: los proveedores de servicios, el Estado, las agencias financiadoras de la atención, los proveedores de insumos, las corporaciones profesionales, los administradores de las nuevas redes de servicios, los gerentes de coberturas de masas de afiliados y otros agentes sociales. La reforma redefine lo que hasta hace pocos años constituyó una estructura de relaciones entre Estado, población y proveedores aparentemente sólida, y la orientación que predomina actualmente en el cambio en marca responde, en lo esencial, a criterios económicos por sobre los criterios políticos y sociales (1).

La reforma también implica, para los gobiernos de los países en los que se convocan los estudios, no solo la separación del financiamiento de la función de prestación, sino también una complicada tarea de redefinición de los criterios de focalización, de reconversión institucional del

---

<sup>1</sup> La División de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS, con datos de 1994, indica que 33 países han definido políticas de reforma estatal con eje en la descentralización, de los cuales 28 están ejecutando reformas sectoriales en salud y 32 han notificado la existencia de sistemas locales de salud.

sector (mediante la externalización, la privatización o la concesión) o la definición de la forma que asumirá la falta de regulación de los procedimientos de contratación y financiamiento.

Estos cambios producen un impacto en el desarrollo de los recursos humanos en términos de sus prácticas educativas y laborales, en la morfología y dinámica de los mercados laborales, en los procesos de gestión y regulación y en la dinámica económica-política entre los actores sociales que intervienen en la atención a la salud (1).

Durante muchos años el sector salud y en especial las instituciones públicas y de la seguridad social, se mantuvieron ajenas a las transformaciones organizativas que se registraban en el ámbito de las empresas. Incluso las instituciones privadas tardaron en adoptar mecanismos de gerenciamiento, medición de costos y administración de personal acordes con las modificaciones que la flexibilidad del trabajo, las nuevas tecnologías o la competitividad creciente impulsaban. Los recursos financieros asignados al sector salud no eran motivo de discusión y se confiaba en la capacidad técnica de decisión; pero las políticas de ajuste fueron minando las bases de esa "soberanía técnica", incorporando demandas de eficiencia, efectividad y focalización de las acciones de salud.

Solo algunas instituciones públicas y privadas reconocieron a tiempo la magnitud del cambio requerido, instalando procesos de reconversión que abarcaban desde su equipamiento tecnológico, su modalidad de gerenciamiento, la organización del trabajo, hasta sus sistemas de facturación y cobro de las prestaciones. El grueso de los establecimientos aún no transita hacia un sistema organizativo basado en la eficiencia y la calidad.

Las instituciones que comprendieron la necesidad del cambio tomaron iniciativas destinadas a asegurar su permanencia como prestadoras eficientes de servicios, frenando el deterioro físico o la obsolescencia tecnológica y movilizando su capacidad de inserción en redes de servicios hacia la conservación y ampliación de una masa de población beneficiaria mediante la adopción de programas de calidad y la promoción de sistemas integrados de servicios. El cambio colocó en un lugar relevante a los recursos humanos. Este hecho ha sido evidente en el mundo de las empresas productivas y también en las del sector servicios, pero, en salud aún se mantiene una concepción instrumental, sujeta a criterios de gestión de personal derivados del sentido común o la improvisación.<sup>2</sup>

Los procesos decisorios de la reforma y el avance de la descentralización requieren generar conocimientos acerca de la naturaleza, magnitud y modalidades de los cambios en los procesos de desarrollo de recursos humanos. Las demandas de los países por cooperación técnica, las expresiones de los ministros y secretarios de salud y los propios mandatos

<sup>2</sup> Llama la atención este subdesarrollo de la función de gestión de los recursos humanos si se tiene en cuenta que los servicios de salud son una actividad "mano de obra intensiva" cuyo costo asciende a 60 o 70% del presupuesto de salud de cualquier país en desarrollo.

de la OPS (expresados en las *Orientaciones Estratégicas y Programáticas 1995-1998*) llaman la atención sobre la dimensión del trabajo en los servicios de salud.

## TEMAS DE INVESTIGACIÓN

En los países que son objeto de esta convocatoria se están manifestando, con diversa intensidad, transformaciones en la relación entre el contexto de las empresas, los negocios y la salud. Los procesos de privatización de los fondos previsionales, la expansión de coberturas de servicios médicos prepagados, la concesión de la totalidad o parte de instituciones asistenciales, la autogestión y descentralización de servicios públicos, han modificado y seguramente modificarán con mayor intensidad, el funcionamiento del recurso humano sectorial.

La cantidad y calidad de la información que se dispone respecto a esos cambios es aún insuficiente, y coloca a las instituciones formadoras, empleadoras y de cooperación técnica en una posición de debilidad relativa para orientar el proceso, manteniendo principios de equidad y calidad, y no solo de búsqueda de una ganancia mayor y más segura.

Tratando de alcanzar progresivamente un mayor conocimiento acerca de las dimensiones de estos cambios, la convocatoria se dirige a promover el interés de investigadores y funcionarios del área de la salud dentro de tres temas "nodales": gestión de recursos humanos y calidad de la atención; proceso y organización del trabajo, y relaciones laborales en el sector salud.

Dentro de esos temas "nodales" se identifican, a su vez, una serie de cuestiones a ser indagadas que no pretenden agotar la diversidad de temáticas posibles, sino que brindan una orientación a los investigadores acerca del tipo de proyecto requerido.

### Gestión de recursos humanos y calidad de la atención

Por diversas razones, la cuestión de la calidad y su mejoramiento es de enorme relevancia política y técnica en todo el mundo. Para los servicios públicos de salud la necesidad de elevar la calidad de la atención no es una abstracción ni un tema accesorio, sino una cuestión fundamental que tiene que ver con la equidad social (2).

El movimiento de garantía de calidad por vía de la acreditación de los servicios basado en criterios externos de evaluación, impulsado por la OPS desde 1990 (3) llevó a la definición de estándares mínimos para la acreditación, a los que deberían ajustarse los más de 15.000 establecimientos hospitalarios existentes en América Latina y el Caribe. Este movimiento que tiende a articularse con la corriente de mejoramiento continuo de la calidad o de calidad total, comparte con esta el concepto de que los cambios

para una mejor calidad de los servicios están basados en el rol central y en la activa participación del trabajador.

Las necesidades y problemas derivados de la reforma obligan además, a una ampliación de la mirada y de la comprensión de la función de gestión de los recursos humanos. La necesidad de que el trabajador y su proceso de trabajo sean un eje relevante (requisitos en las propuestas de calidad total o en las de administración estratégica) conduce a la incorporación de las relaciones técnicas y sociales propias de las prácticas en salud (4-6) como aspecto relevante de las transformaciones en marcha. En la práctica se observa que los procesos de reforma también imponen cambios en los criterios de gestión y en la normatividad que regula el funcionamiento del sistema de servicios y de los recursos humanos sectoriales de los que se tiene escaso conocimiento. Por ello esta convocatoria promueve el estudio sistemático de tales procesos, priorizando los estudios que evalúan experiencias institucionales o de servicios en los que se hayan aplicado innovaciones en materia de estilos participativos de gestión de recursos humanos; nuevos modelos de evaluación del desempeño; sistemas y programas de garantía y mejoramiento de la calidad; sistemas de remuneraciones y de incentivos; capacitación en servicio y educación permanente del personal; modificaciones en los sistemas de carrera funcional; nuevas modalidades de contratación de personal y cambios en la participación de los trabajadores en las relaciones de poder y en la toma de decisiones.

Así, los temas de investigación sobre gestión de recursos humanos abarcan las estrategias, técnicas y procedimientos relativos a la administración del personal, la organización del trabajo y la capacitación del personal de los servicios de salud.

La preocupación por generar conocimientos orientadores respecto a las nuevas modalidades de gestión intenta dar respuesta a las necesidades de quienes deben operar los cambios en contextos de severas restricciones financieras y alta conflictividad.

### **Proceso y organización del trabajo**

Las críticas a la modalidad dominante de organización del trabajo en los servicios de salud y la consiguiente búsqueda de nuevas formas no son una novedad. Lo nuevo es que han crecido, sea por exigencias de cambios institucionales hacia mayores niveles de eficiencia y eficacia, sean como consecuencia del interés por el movimiento de mejoramiento continuo de la calidad y de la calidad total. Estas propuestas, al realzar el papel del trabajador en la gestión del trabajo, han obligado a revisar las relaciones establecidas entre la organización de la atención, la organización del trabajo y las capacidades requeridas (7).

En el área de la salud también se buscan redefiniciones del trabajo en los servicios para conseguir mejorías en la atención. La internación domiciliaria, las innovaciones tecnológicas, el acortamiento de los tiempos

de estadía, la autogestión y otras medidas llevan a conformar una dinámica transformadora dentro del proceso de trabajo de los servicios de salud.

Otro factor dinamizador del interés por el trabajo en salud es la creciente presencia de modalidades de regulación flexible del trabajo. Se trata de la flexibilidad interna o tecno-organizativa, dentro de cada institución o empresa y que remite tanto al equipamiento como a la adaptabilidad de la organización del trabajo, a la constitución de equipos de trabajo y a la polivalencia en los puestos (1).

Algunas de las cuestiones de relevancia a estudiar en esta área son los nuevos sistemas de trabajo ensayados en los servicios y las capacidades demandadas: niveles de autonomía y de cooperación de los trabajadores, variedad, significación e importancia de las tareas; el impacto de la instalación de nuevas tecnologías para la división, organización e incremento de la productividad del trabajo en los servicios, y los cambios en las representaciones e identidades del personal respecto a sus funciones en el servicio, sentido de pertenencia y canalización de sus demandas.

### **Relaciones laborales en el sector salud**

Dentro de este tema se pretende analizar el cambio operado en las relaciones entre los diversos actores sociales que integran el mercado de trabajo en salud. Parte de estas relaciones son observables en los ajustes en la legislación laboral y en la respectiva reglamentación; otra parte se manifiesta en los procesos de negociación, debates y acuerdos entre los actores sociales involucrados.

Respecto a la legislación laboral, se observa la coexistencia de disposiciones diferentes entre el sector público y el privado, a las que se agregan variaciones entre las diferentes jurisdicciones de aplicación (país, provincias, municipios).

Se puede decir que los procesos coyunturales de las relaciones laborales (negociaciones, acuerdos, conflictos), a pesar de su trascendencia, resultan de difícil indagación. Para un sector que destina la mayor parte de sus recursos financieros a solventar el gasto en personal, conocer esta dimensión del funcionamiento institucional es de gran relevancia.

A pesar de ser uno de los espacios principales de la dinámica regulatoria del trabajo, las relaciones laborales en el sector salud solo recientemente han recibido atención. En los Estados Unidos, las razones para un mayor interés por la acción sindical y la negociación colectiva por parte de los administradores de servicios fueron las demandas por mayor calidad de los servicios, simultánea al mayor escrutinio y control de los costos médicos por el gobierno y los consumidores (8). En América Latina el interés se relaciona directamente con los procesos de transformación productiva y reformas estatales y sectoriales. Algunos de los aspectos importantes a ser estudiados se refieren a las características de las relaciones laborales y de los convenios colectivos vigentes en los servicios de salud; las

**CUADRO 1. Cronograma de la convocatoria.**

Actividad	Fecha
Distribución de los términos de referencia	abril de 1995
Recepción de proyectos	30 de julio de 1995
Revisión de proyectos	
Primera selección de proyectos	21 de agosto de 1995
Programación del taller metodológico	
Notificación a los proyectos seleccionados	10 de septiembre de 1995
Convocatoria seminario de metodología	25 al 30 de octubre de 1995
Revisión de proyectos	20 de noviembre de 1995
Selección definitiva	30 de noviembre de 1995

modalidades de contratación prevalentes en el sector salud; las transformaciones en los comportamientos sindicales y corporativos profesionales y sus estrategias para enfrentar el cambio, y la evaluación de los mecanismos de negociación colectiva y de administración de conflictos en el sector salud.

## OPERATORIA Y CRONOGRAMA

Dado el carácter interdisciplinario de los problemas a ser estudiados, la convocatoria alienta la constitución de equipos de trabajo integrados por investigadores y funcionarios de servicios de salud interesados en lo relativo a recursos humanos (cuadro 1).

A esos investigadores y grupos de trabajo se les solicita la presentación de proyectos según el modelo establecido disponible en la Representación de la OPS/OMS en cada país. Los proyectos deberán ser remitidos directamente a la sede de la Organización Panamericana de la Salud a la siguiente dirección:

Dra. Rebecca de Los Ríos, Programa de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud, Convocatoria de Investigación sobre Desarrollo de Recursos Humanos, 525, 23rd Street, NW, Washington, DC 20037, USA.

## REFERENCIAS

- 1 Organización Panamericana de la Salud, Programa Especial de Desarrollo de Recursos Humanos. La Gestión de los Recursos Humanos en Salud. Documento de trabajo. Grupo de Trabajo sobre Gestión de Recursos Humanos en Salud. Brasilia: 8-10 de agosto de 1994.
- 2 Schiff G, Goldfield NI. Deming meets Braverman: Toward a Progressive Analysis of the Continuous Quality Improvement Paradigm. *Int J Health Serv* 1994; 24(4):655-673.1.
- 3 Novaes MH. Quality in hospital care. *World Health Forum* 1993 (14):367-375.
- 4 Santana JP. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. Documento presentado a la II Conferencia Nacional de Recursos Humanos para la Salud. Brasilia, septiembre de 1993.
- 5 Berwick D, Blanton A, Roessner J. *Curing Health Care. New Strategies for Quality Improvement*. San Francisco: Jossey-Bass Inc; 1990.

6 Schulz R, Johnson A. Management of Hospitals and Health Services. Strategic Issues and Performance. The C. Mosby Co.; 1990.

7 Capelli P, Rogovsky M. New work systems and skill requirements. *Int J Labor Rev* 1994;133(2):205-220.

## BIBLIOGRAFÍA

Brito M, Novick M, Mercer H. El personal de salud y el trabajo: una mirada desde las instituciones. *Educ Med y Salud* 1993;27(1):4-31.

Malik AM. Manual de Administración de Recursos Humanos en Salud. Washington, DC: OPS. (Serie HSS/UNI Manuales Operativos Paltex No. 3 (en prensa).

Metzger N, Pointer D. Labor-Management Relations in the Health Services Industry. Theory and Practice. The Science and Health; 1992.

Novick M, Pessagno G. Modalidades de contratación y políticas de recursos hu-

manos en las instituciones empleadoras del sector público. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social; 1990.

Organización Internacional del Trabajo. Empleo y condiciones de trabajo en los servicios médicos y de salud. Informe de una reunión paritaria. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo; 1995.

Porter ME. La ventaja competitiva de las naciones. Buenos Aires: Vergara; 1991.

Wainerman C, Geldstein R. Condiciones de vida y trabajo de las enfermeras en la Argentina. Cuadernos del CEPEC No. 44. Buenos Aires; 1990.

# NOTICIAS

---

## **TALLER NACIONAL DE EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD PÚBLICA EN EL PERÚ**

Del 17 al 19 de octubre se realizó en Lima el Primer Taller Nacional de Educación Permanente en Salud Pública, organizado por el Programa de Educación Permanente en Salud Pública del Centro de Salud Pública de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

El evento, que contó con el auspicio y la cooperación técnica y financiera de la OPS, tuvo por objeto analizar la situación de capacitación en salud pública visualizando los retos que emergen de los cambios en curso en el sector, y presentar y analizar el "corpus" teórico y metodológico de la educación permanente, precisando sus aportes y viabilidad como propuesta de reorientación de las acciones de capacitación.

Asistieron funcionarios responsables de programas de capacitación y coordinadores de acciones de capacitación de diversos proyectos de desarrollo sanitario del Ministerio de Salud y de otras instituciones actualmente en ejecución, responsables de programas de capacitación en salud pública de diferentes universidades del país, así como expertos nacionales en capacitación y educación permanente.

Como parte de la cooperación técnica, los Dres. Pedro Brito y Edmundo Granda, consultores del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS, tuvieron a su cargo las exposiciones centrales.

Uno de los momentos más importantes de la reunión fue la presentación y el análisis de algunas de las experiencias de capacitación en el campo de la salud pública, manifestándose la potencialidad y diversidad de los procesos en curso, así como la necesidad de construir espacios de coordinación e intercambio de estas variadas experiencias. El Programa de Educación Permanente del Centro de Salud Pública de la Universidad Peruana Cayetano Heredia fue designado para continuar propiciando estos encuentros.

## **TALLER DE INVESTIGACIÓN SOBRE SALUD FAMILIAR EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

En la Escuela de Enfermería de la Universidad de Texas se llevó a cabo del 6 al 24 de marzo el Taller de Investigación sobre Atención Primaria de Salud. El evento contó con la colaboración del Departamento

de Medicina Familiar de la Universidad de Texas, el Centro Colaborador de la OMS para Salud Internacional y la OPS.

El propósito del taller fue promover la investigación y apoyar la creación de proyectos relacionados con la atención primaria de salud dentro del marco familiar, ofreciendo capacitación y ayuda técnica a profesionales de la salud de habla española de la Región; capacitar a los participantes en la preparación de propuestas de investigación financiadas dentro del contexto de la atención primaria de salud; impartirles conocimientos que les permitan responder a la necesidad de llevar a cabo proyectos de investigaciones sobre salud familiar; desarrollar en los alumnos la habilidad para evaluar los programas de atención primaria de salud de los diferentes sistemas de servicios de salud y la calidad de los mismos, y brindarles también la oportunidad de conocer profesionales de la salud de otros países. La selección de los participantes se hizo de acuerdo con el perfil y las características de la investigación.

Con estos fines, la OPS proporcionó la ayuda de cuatro consultores en las áreas de comunicación electrónica; metodología de la investigación; sistemas locales de salud y desarrollo de recursos humanos y servicios de salud.

Los cursos fueron de tres semanas, de 8:30 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:30 p.m. a 5:30 p.m. Después de finalizadas las sesiones, los participantes pasaron varias horas en la biblioteca o el cuarto de computadoras. También se efectuaron discusiones con los tutores durante las tardes y a otras horas en las que los tutores estuvieran disponibles.

Los objetivos del taller fueron evaluados semanalmente junto con los participantes para revisar los logros alcanzados, discutir cambios en los horarios y compartir estrategias nuevas. En esas reuniones y durante todo el taller, los participantes identificaron los problemas de sus proyectos y analizaron sus posibles soluciones. Los jefes de proyectos pudieron evaluar las destrezas y conocimientos de los participantes mediante las propuestas presentadas por ellos al inicio del taller y por su participación durante el curso. El último día del taller, los participantes fueron evaluados oralmente y por escrito.

Entre los resultados del evento, es importante señalar que los 12 participantes llevaron a cabo proyectos de la más alta calidad. Dos calificaron el curso como muy satisfactorio, y tres como satisfactorio, y solo cuatro dijeron que el desarrollo del proyecto tuvo un "poquito de dificultad" y que el tiempo de discusión con los tutores debía de ser mayor.

Debido al éxito obtenido mediante el taller, los participantes al mismo y la OPS han reconocido la necesidad de entrenar profesionales de salud, especialmente en el área de investigación en servicios de salud. Sin embargo, es necesario considerar la ayuda financiera a los alumnos a través de becas, al planear el próximo taller.

## **CURSO NACIONAL DE ANÁLISIS Y REFLEXIÓN PARA EL DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD**

Del 11 al 15 de abril de 1995 se llevó a cabo en la ciudad de La Habana, Cuba, el Curso Nacional de Análisis y Reflexión para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud (CUNARHUS) con el propósito de diseñar una propuesta de Programa Estratégico de Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud en el marco de la OPD-2000, y en respuesta a las exigencias de los cambios del Sistema Nacional de Salud del país.

A partir de este propósito se configuró un diseño pedagógico centrado en la construcción activa del conocimiento por parte de los participantes (alumnos y docentes), como inicio de un proceso de análisis y reflexión.

El curso contó con la participación del Viceministro de Salud, el Rector del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, el Director de la Escuela de Salud Pública, y 20 asistentes de distintas instancias institucionales y se desarrolló en tres unidades: análisis situacional; identificación de propuestas para el desarrollo de los recursos humanos en Cuba, tomando como punto de partida "la opción estratégica de calidad de los servicios de salud", y diseño de un Programa Estratégico de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud.

# LIBROS

---

## SERIE DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS NO. 101

**Lo biológico y lo social. Su articulación en la formación del personal de salud**  
**ISBN: 92 75 32150 7**

En los últimos 30 años se ha expandido significativamente el esfuerzo que promueve la OPS en el área del desarrollo de personal, habiéndose pasado desde un enfoque inicial exclusivamente orientado a la educación y adiestramiento hacia el abordaje de toda la problemática de los recursos humanos en salud. En este contexto se ha podido ampliar la visibilidad del área de recursos humanos más allá del campo educacional, involucrando los campos de la ciencia y la tecnología, en el que se produce el conocimiento que se aplica en salud, y el del trabajo, en sus aspectos operativos, legales y corporativos.

Asimismo, se avanzó en la profundización de los análisis correspondientes a toda esta problemática, en una dinámica que trató de superar el mero abordaje fenomenológico de los niveles funcionales sistémicos hacia niveles de definición estratégicos en los que se enmarcan las relaciones sociales y técnicas, y a niveles estructurales en los que se consideran los determinantes socio-históricos.

En esta secuencia evolutiva se priorizó, en un primer momento, la introducción de innovaciones metodológicas que incluyeran tanto las experiencias curriculares multidisciplinarias como los recursos de la tecnología educativa; luego, en una segunda fase, se buscó promover un cambio en las relaciones entre los actores de los procesos de atención y educación, desarrollándose el plan aplicativo que se conoce como integración docente-asistencial para finalmente desarrollar un abordaje verdaderamente transformador en el que se trata de generar un nuevo axioma biológico social de la teoría científica que se aplica al campo de la salud.

A partir de una serie de reuniones realizadas en varios países seleccionados, fue posible reunir un conjunto de temas en los que se exploran las diversas acepciones en que se puede dar la referida articulación. En el artículo de la Dra. María Isabel Rodríguez se analiza detalladamente

el contexto en que se ha producido la reflexión sobre lo biológico y lo social en la formación de personal de salud, iniciativa esencialmente latinoamericana, grandemente dependiente de la promoción que viene haciendo la Organización Panamericana de la Salud.

Los artículos resumidos en esta publicación se constituyen en instrumento motivador del desarrollo que necesariamente tendrá que extenderse por mucho tiempo para permitir la consolidación de la transformación a la que se destina, transformación que en nuestro entender será la única forma de fundamentar una orientación totalmente diferente de la promoción y cuidado de la salud para alcanzar su adecuado desarrollo en todas nuestras poblaciones.

## **S**ERIE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS NO. 102

**Encuentro Continental de Educación Médica  
Educación, práctica médica y necesidades sociales.  
Una nueva visión de calidad  
ISBN: 92 75 32153 1**

La educación médica fue un campo privilegiado de las intervenciones sociales y la cooperación técnica para el desarrollo de los recursos humanos hasta la década de los años setenta. Las transformaciones en la orientación de las escuelas promovidas por el movimiento preventivista de los años cincuenta, la expansión acelerada de las escuelas médicas de los años sesenta y setenta, los procesos innovativos en educación médica de los años setenta, la introducción de la tecnología educativa, entre otras modalidades de intervención, prácticamente monopolizaron el foco de la atención en el campo de recursos humanos en salud.

Desde esa fecha se podría decir que hubo una relativa pérdida de momentum y una grave crisis se hizo sentir sobre las instituciones académicas. La crisis económica de los países de la Región y su impacto sobre las políticas sociales en general y sobre la salud y la educación en particular, contribuyeron a esa falta de iniciativa y en algunos casos a un retraso de lo ya logrado.

Distintos factores y diversas señales hacen sentir que una vez más hay movimiento y acción en la educación médica, tanto en los países desarrollados del llamado primer mundo como en los países latinoamericanos. Varias fundaciones norteamericanas como la PEW, la Macy's y la Kellogg, entre otras instituciones, han iniciado o apoyado movimientos o momentos de reflexión crítica sobre la educación médica, como uno de los

factores más importantes de perpetuación del statu quo de las prácticas sanitarias.

Las reflexiones sobre la práctica médica y su influencia sobre la educación médica realizadas en la II Cumbre Mundial de Educación Médica evidenciaron una considerable ruptura temática y un avance conceptual en relación con los eventos anteriores. Del mismo modo el proceso de definición de la posición latinoamericana llevada a la Cumbre de Edimburgo representó por si mismo un significativo avance político institucional considerando la naturaleza participativa que adquirió.

Con estos antecedentes la Organización Panamericana de la Salud promovió y organizó junto a la FEPAFEM, ALAFEM y la Facultad de Medicina de la Universidad de la República del Uruguay, el Encuentro Continental de Educación Médica. Esta actividad recibió la alta prioridad por parte del Programa Especial de Desarrollo de Recursos Humanos, y concentró recursos y esfuerzos en su realización. En decisión conjunta con las dos asociaciones se decidió que el tema sería "Educación, práctica médica, y necesidades sociales: hacia una nueva visión de calidad.

Esta publicación recoge los resúmenes de las exposiciones que tuvieron lugar en esta reunión continental, específicamente la presentación del actual Director de la OPS, Dr. George A. Alleyne, y la conferencia de apertura del Dr. Louis Emmerij del Banco Interamericano de Desarrollo.

## PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN A EDUCACIÓN MÉDICA Y SALUD

A partir de 1995 la Organización Panamericana de la Salud ofrecerá un precio especial a todas las instituciones interesadas en recibir *Educación Médica y Salud*. Además, a todos los lectores de la revista que deseen suscribirse o renovar su suscripción por dos y tres años se les dará 10% y 15% de descuento, respectivamente. Si Ud. tiene alguna pregunta referente a su suscripción puede comunicarse con el Programa de Publicaciones de la OPS al teléfono (202) 293-8130.

Los precios de suscripción (sin el descuento) son los siguientes:

	Suscripciones a individuos (US\$)*		Suscripciones a instituciones (US\$)**	
	Superficie	Correo aéreo	Superficie	Correo aéreo
Canadá	23	48	46	71
Estados Unidos	23	48	46	71
México	23	48	23	48
América Central, Caribe y América del Sur	23	48	23	48
Europa	23	48	46	71
Otros países	23	48	46	71

\* Para lectores particulares de *Educación Médica y Salud*.

\*\* Para bibliotecas, colegios, universidades, hospitales y otras instituciones que hacen posible que *Educación Médica y Salud* llegue a diversos lectores.

Para mayor facilidad puede ordenar su suscripción utilizando el formulario que está al reverso de la hoja donde aparece la etiqueta con su dirección.

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

---

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

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

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

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

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

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

INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA •  
E POSSIVEL CURAR AS INSTITUIÇÕES  
ESTATAIS? • FORMACIÓN DE RECURSOS  
HUMANOS EN ODONTOLOGIA EN MÉXICO •  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE  
RECURSOS HUMANOS • FACTORES  
ASOCIADOS CON LA PRODUCTIVIDAD  
MÉDICA • RESEÑAS • DOCUMENTO •  
NOTICIAS • LIBROS

