

# Educación médica y salud



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

## **SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000**

*En 1977, la Asamblea Mundial de la Salud decidió que la principal meta social de los Gobiernos y de la OMS en los próximos decenios debía consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva, es decir la meta comúnmente denominada "salud para todos en el año 2000".*

*En 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma-Ata, URSS) declaró que la atención primaria de salud, como función central del sistema nacional de salud y parte integrante del desarrollo social y económico, es la clave para alcanzar esa meta. Subsecuentemente, los Gobiernos se comprometieron—en la Asamblea Mundial de la Salud a nivel mundial y en las reuniones de los Cuerpos Directivos de la OPS a nivel regional— a dar cumplimiento a las resoluciones adoptadas para el logro de la salud para todos. Esos mandatos culminaron en las Américas el 28 de septiembre de 1981 en la aprobación del Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales de salud para todos en el año 2000 por el Consejo Directivo de la OPS. Dichas estrategias habían sido aprobadas por el Consejo Directivo en 1980 (Resolución XX) y constituyen hoy en día el fundamento de la política y programación de la OPS a más de representar el aporte de la Región de las Américas a las estrategias mundiales de la OMS.*

*El Plan de Acción aprobado por el Consejo Directivo contiene las metas mínimas y los objetivos regionales, así como las acciones que los Gobiernos de las Américas y la Organización deberán realizar a fin de lograr la salud para todos. El Plan, de carácter continental, es esencialmente dinámico y está dirigido no solo a los problemas actuales sino también a aquellos que se estima surgirán en la aplicación de las estrategias y en el cumplimiento de las metas y objetivos regionales. Define también las áreas prioritarias que servirán de base, tanto en el desarrollo del programa como en el de la infraestructura necesaria, a las acciones nacionales e internacionales.*

*El intercambio y la diseminación de información constituye una de las áreas prioritarias del Plan de Acción. El programa de publicaciones de la OPS—que incluye las publicaciones periódicas y científicas y los documentos oficiales—ha sido estructurado como medio para fomentar las ideas contenidas en el Plan a través de la difusión de datos sobre políticas, estrategias, programas de cooperación internacional y progresos realizados en la colaboración con los países de las Américas en la consecución de la meta de salud para todos en el año 2000.*

# Educación médica y salud

Volumen 16, Número 2  
1982

- 113 **Editorial:** Participación de las universidades en el desarrollo económico y social de las Américas—*Héctor R. Acuña*

## Artículos

- 118 La actitud de los estudiantes de medicina hacia los aspectos preventivos y sociales de la enseñanza y del ejercicio médicos—*Eleuterio González Carbajal, J. Héctor Gutiérrez Avila, Javier Aguilar de la Garza y Julieta García Medrano*
- 134 El internado en los estudios médicos—*Alberto P. Cristoffanini*
- 151 La "historia de salud" de pacientes o grupos como método de registro de datos—*Teodora Muñoz y Julia Lerma*
- 166 Cooperación técnica para la planificación de recursos de personal de salud—*Dev Ray*
- 174 Cognitive learning in the health sciences: a case for self-instruction—*Bruce Gould*
- 183 Experimentación con seres humanos—Normas internacionales para la investigación biomédica practicada en seres humanos—*Frank Gutteridge*
- 192 Reorganización del sector salud: contribución a la educación en administración de servicios de salud—*Humberto de Moraes Novaes*

## Reseñas

- 211 Día Mundial de la Salud 1982: Remozar la vejez
- 214 Taller de Educación en Evaluación y Planificación de Servicios de Salud

## Noticias

- 226 Capacitación de especialistas en salud animal
- 226 Cursos del NUTES/CLATES (Río) en 1982
- 227 Cursos del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano en 1982
- 228 VIII Congreso Mundial de la Liga Internacional de Asociaciones en Favor de las personas con Deficiencia Mental
- 228 Simposio Regional sobre Recursos Humanos para el Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental
- 230 VII Seminario Latinoamericano de Salud Maternoinfantil
- 231 Noticias de educación en administración de servicios de salud (Programa OPS/Kellogg)

## Libros

- 236 Publicaciones de la OPS, 1981

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

*Educación médica y salud* es una publicación trimestral de la OPS creada en 1966 para servir a los países del Continente en relación con sus actividades de desarrollo de recursos humanos en salud. En sus páginas se dan a conocer experiencias en el proceso enseñanza-aprendizaje, resultados de investigaciones, documentos de trabajo e informes de reuniones técnicas en el campo educacional. La revista incluye también una sección de noticias de interés en el campo del desarrollo de recursos humanos en salud y otra de reseñas de publicaciones de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud.

ISSN 0013-1091

Colaboran con la OPS en la publicación de  
*Educación médica y salud* las siguientes instituciones:

UNION DE UNIVERSIDADES DE LA AMERICA LATINA  
FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES  
(ESCUELAS) DE MEDICINA  
FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE ENFERMERIA  
ASOCIACION LATINOAMERICANA DE FACULTADES DE ODONTOLOGIA  
FEDERACION LATINOAMERICANA DE ASOCIACIONES NACIONALES  
DE ESCUELAS DE MEDICINA VETERINARIA  
ASOCIACION DE ESCUELAS DE SALUD PUBLICA  
DE AMERICA LATINA

Otras publicaciones de la OPS son: el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, que publica mensualmente desde 1922 artículos científicos e información técnica sobre cuestiones de salud; el *Bulletin of PAHO*, trimestral, con selecciones del *Boletín* en español; el *Boletín Epidemiológico*, que aparece cada dos meses (español e inglés) y ofrece información sobre enfermedades de importancia en las Américas y otras regiones;

*Sucesos* (también publicada cada dos meses en español e inglés), que es un noticiero de la OPS, y las series *Publicaciones Científicas*, *Documentos Oficiales* y *Otras Publicaciones*, a través de las cuales se difunden conocimientos científicos y técnicos de interés internacional para la prevención de enfermedades y el fomento de la salud y se dan a conocer las decisiones de los Cuerpos Directivos de la OPS.

# Editorial

## PARTICIPACION DE LAS UNIVERSIDADES EN EL DESARROLLO ECONOMICO Y SOCIAL DE LAS AMERICAS<sup>1</sup>

DR. HECTOR R. ACUÑA  
DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

---

El mensaje central que transmiten los organizadores de esta asamblea fundadora del Consejo Universitario Interamericano para el Desarrollo Económico y Social es el de promover la participación directa de las universidades en el desarrollo económico y social de las Américas. El entusiasmo que se ha hecho evidente en este foro de distinguidos líderes universitarios provenientes de todos los rincones de la Región es prueba inequívoca y contundente de que este concepto ya cuenta con un amplio apoyo. Ha llegado ahora el momento de convertir este concepto en realidad, dándole forma, organización y dirección.

Uno de los poetas más conocidos de las Américas, el inolvidable Rubén Darío, escribió "Amemos la vida gloriosa, siempre coronados de flores y siempre la antorcha encendida". En esta asamblea podríamos avivar nuevamente la llama y llevar una nueva luz a los oscuros rincones de la pobreza que persiste en muchos de nuestros países.

A pesar de que durante los últimos decenios se han registrado elevadas tasas de crecimiento económico nunca antes alcanzadas y de que se ha observado un progreso sustancial en el ámbito del bienestar social todavía persisten marcadas desigualdades sociales. En algunos de los países de América Latina y el Caribe el 40% de los hogares disfrutan de menos del 10% del ingreso nacional por familia. Es también una triste realidad que en las zonas rurales la probabilidad de que el recién nacido muera antes de cumplir un año es 10 veces superior a lo que sería el caso si hubiera nacido en los Estados Unidos. En efecto, en un año determinado sucumbieron a las enfermedades diarreicas 850 niños de menos de cinco años de edad en los Estados Unidos y Canadá, mientras que durante ese mismo período en América Latina y el Caribe la cifra correspondiente fue de 92.300 defunciones.

Si el crecimiento económico ofrece los recursos necesarios para construir instrumentos de destrucción nuclear y para comprar armamentos modernos, es indudable que puede facilitar también los recursos para reducir el número de niños que mueren innecesariamente cada año.

La nueva etapa del desarrollo en América Latina y el Caribe tiene el cometido ineludible de alcanzar a los 140 millones de seres que carecen de empleo, educa-

---

<sup>1</sup>Del discurso pronunciado el 1 de marzo de 1982 ante la Asamblea General del Consejo Universitario Interamericano para el Desarrollo Económico y Social (Washington, D. C., 1-3 de marzo de 1982).

ción y salud, y que luchan día a día por sobrevivir en aldeas aisladas de las zonas rurales, en las barriadas de los centros urbanos y entre los grupos crecientes de seres humanos que emigran de un lado a otro.

No existen soluciones fáciles para hacer frente a este desafío. Para que los países de nuestra Región puedan vencer los enormes obstáculos que se interponen al desarrollo económico y social requerirán de un resuelto compromiso político, de instituciones eficaces y de la sabiduría necesaria para utilizar, con prudencia y justicia, los escasos recursos económicos. Las estrategias para el desarrollo que nuestras naciones elijan también ayudarán a determinar si en el año 2000, aun cuando se alcancen niveles más elevados de ingreso nacional, continuará la perpetuación de la pobreza en un sector de la población o si las puertas que conducen al desarrollo—y a la justicia—permanecerán abiertas para todos y cada uno de los habitantes.

Los países de las Américas adquirieron recientemente un solemne compromiso con estos grupos postergados al adoptar como su meta la de alcanzar la “salud para todos en el año 2000”. “Salud para todos” significa un nivel mínimo de salud que se considera esencial para que cada individuo disfrute de una vida social y económicamente productiva.

Los Gobiernos Miembros de la Organización Panamericana de la Salud adoptaron en septiembre de 1981 un Plan de Acción que traduce la retórica de “salud para todos” en una palpable realidad, y que recibió el apoyo de la Asamblea General de la OEA celebrada en Santa Lucía en diciembre pasado. “Salud para todos en el año 2000” no es una meta exclusiva del sector salud y este no puede alcanzarla por sí solo; el triunfo depende del desarrollo integral, social y económico. Aquellos que forman el núcleo en los niveles de decisión y en los asuntos económicos han de reconocer que sus acciones repercuten directamente en la salud y en el bienestar de los pueblos. Actualmente se acepta que el crecimiento económico por sí solo es inadecuado y que deberá otorgársele la misma prioridad al desarrollo social en las estrategias para el desarrollo.

“Salud para todos en el año 2000” requiere que se reconozcan las prioridades y se les dé un nuevo enfoque a los recursos del propio sistema de salud. La estrategia de atención primaria de salud se escogió y se desarrolló como la clave para lograr esos cambios, distinguiéndose los países de las Américas como precursores de esta iniciativa que fuera subsecuentemente ratificada por la Asamblea Mundial de la Salud. Dichas estrategias ponen énfasis en la extensión de la cobertura para alcanzar a aquellos que carecen de acceso a los servicios de salud, fortaleciendo los vínculos entre salud y otros sectores, aumentando la participación de la comunidad, ampliando la cooperación regional e interregional y desarrollando investigaciones, tecnología y recursos humanos que apoyen el enfoque de atención primaria de salud.

Las universidades constituyen un instrumento vital para la atención primaria de salud. Las instituciones formadoras podrán ser un pilar principal al sentar las bases para la extensión de la cobertura de los servicios de salud, así como para

lograr el balance necesario entre profesionales, técnicos y auxiliares en cada país y para ampliar la capacidad de realizar investigaciones tanto básicas como aplicadas. Las investigaciones llevadas a cabo por los centros de formación servirán como un rico arsenal de la tecnología apropiada que se considera necesaria para la reestructuración del sistema de salud y el rediseño de los programas de salud.

La Organización Panamericana de la Salud ha tenido una experiencia directa y continua en relación con el enorme potencial que existe para vincular a las universidades con el proceso de desarrollo. Por ejemplo, una universidad colaboró, con la participación de estudiantes y profesores, en un proyecto de características singulares cuyo objetivo era la extensión de los servicios de salud a la población carente de ellos. Los estudiantes trabajaron conjuntamente con funcionarios de los servicios de salud, actividad que posiblemente fue la parte más importante de sus programas de formación.

En otro país, tanto los estudiantes como el profesorado asumieron responsabilidad en amplios programas de desarrollo comunitario en las barriadas de los centros urbanos. El objetivo general de la política nacional era extender todos los servicios sociales a esas comunidades, siendo la estrategia para lograr ese objetivo un proceso tripartito compartido por el gobierno, la universidad y las comunidades. Los mismos participantes pusieron en ejecución los programas, y debe destacarse que la experiencia obtenida en este proceso por estudiantes y profesores nunca hubiera podido duplicarse dentro de los confines del aula.

Finalmente, en un tercer país, el plan de estudios para el sector salud fue rediseñado a fin de que pudiera abarcar toda la gama del ambiente social. La preparación de profesionales y técnicos de salud incluyó trabajos prácticos en las comunidades para conocer a fondo cómo estaban organizadas y cuáles eran los recursos reales al alcance de sus miembros. El diseño de los servicios de salud reflejó esa perspectiva más amplia y los estudiantes desempeñaron un papel esencial en la provisión de estos servicios.

Aunque existen innumerables ejemplos, los citados nos presentan una visión general del gran potencial que existe en las universidades para participar en forma más directa, íntima y efectiva en el proceso de desarrollo. Dicho potencial puede canalizarse a través de las siguientes acciones.

La comunidad universitaria puede ayudar a los países a reconocer que el desarrollo es un concepto unitario en el cual deberán integrarse tanto el progreso económico como el social, y cuyo propósito fundamental es el de mejorar el bienestar de todos los seres humanos dentro de la sociedad.

Las instituciones gubernamentales han erigido desde hace mucho tiempo rígidas murallas burocráticas para proteger sus propios intereses y su poder—como sucede en el sector salud, en los de agricultura, energía y finanzas, ignorando cada uno de ellos las consecuencias de sus propios objetivos, acciones y programas en las actividades de los otros sectores. La creciente preocupación por la protección ambiental en muchos de nuestros países es quizás la reacción más palpable que se opone a esa práctica. Consecuentemente, los países están comen-

zando a buscar el personal adiestrado, el conocimiento técnico y la metodología para asegurar que las implicaciones que tienen los proyectos de desarrollo económico para la salud y para el medio ambiente sean bien conocidas.

Las universidades pueden ayudar tanto a preparar individuos y a formular metodologías como a crear sus propias capacidades de análisis ambiental, consolidando los inagotables recursos multidisciplinarios que florecen dentro de la comunidad universitaria. Asimismo, pueden desempeñar una función vital en el fortalecimiento de los vínculos intersectoriales ofreciendo un adiestramiento en cada profesión que asegure que los individuos adquirirán un amplio conocimiento de las interrelaciones entre el desarrollo económico y social.

Por otra parte, las universidades pueden ofrecer a las comunidades y a los gobiernos una rica fuente de talentos multidisciplinarios para planear programas efectivos y eficientes. Además, la indiscutible capacidad de las universidades para llevar a cabo investigaciones puede ayudar a determinar si las tecnologías existentes son apropiadas, diseñar modificaciones para hacerlas más factibles y ayudar a integrar esas investigaciones en proyectos de desarrollo en marcha y en sus planes de estudio.

Es igualmente importante señalar que los centros educacionales de la región pueden y deben explorar las formas en que los cuatro millones de estudiantes universitarios puedan participar en esos proyectos, como parte de sus propios cursos de estudio. Asimismo, donde exista un servicio social obligatorio para graduados—como sucede en 14 países—este deberá aplicarse a todos los campos y no solamente a aquellos relacionados con el sector salud y otros sectores sociales.

Asimismo, las universidades deberán convertirse en socios activos en la preparación de todos los recursos humanos que demanda el desarrollo nacional. Por lo tanto, deberán desempeñar no solo su papel tradicional de preparar a profesionales sino también participar en el proceso de adiestrar a técnicos y auxiliares. En algunos países se observa todavía que existe un número excesivo de profesionales que se gradúan cada año junto a un número muy reducido de técnicos y auxiliares. Y esto sucede no solo en el área de salud sino también en otros sectores. A veces parece haber muy poca relación entre las necesidades de recursos humanos en el proceso de desarrollo y la planificación de los mismos que llevan a cabo las universidades. Es indiscutible que todavía queda mucho por hacer antes de que logremos unir los dos procesos de planificación.

Las universidades deberán convertirse en el repositorio educacional de la nación, siendo no solo el medio al que los estudiantes acuden una sola vez a obtener adiestramiento profesional, sino también el lugar a donde los graduados regresan para continuar su educación. Las universidades deberán hacer que la educación sea un proceso continuo que se extienda durante toda la vida. La institución formadora deberá ser el lugar en el que el técnico adquiere conocimientos durante un período de su vida y al que regresa después de un tiempo para subir el peldaño de la educación continua con la esperanza de cruzar la línea que separa al técnico del profesional.



Finalmente, las universidades deberán reconocer que tal vez su contribución más importante al proceso del desarrollo es la de preparar a los estudiantes para que puedan adaptarse adecuadamente a las condiciones de cambio. Los decenios que se avecinan posiblemente no seguirán ninguna pauta específica que pueda definirse con certeza hoy día. Por el contrario, las sociedades tendrán que ajustarse a las realidades que impongan fuerzas y presiones desconocidas en la actualidad, que están todavía por suscitarse.

Tan solo en los últimos 20 años el hombre ha llegado a la luna, los satélites han derrumbado las barreras de comunicaciones que separaban a las naciones y a los pueblos, y promesas económicas tales como el abastecimiento ilimitado de energía de bajo costo han perdido su fulgor.

Al vislumbrar el futuro, lo único que sabemos es que los objetivos que nos hemos fijado conllevan el compromiso solidario de todas nuestras instituciones. Desde su fundación hace cerca de 450 años, las universidades de las Américas han sido parte intrínseca de la historia de los pueblos y de su incansable lucha por lograr la libertad, la independencia y la justicia.

Esta asamblea puede marcar el momento histórico en el que las universidades de las Américas tomen nuevamente la antorcha que las guiará en este esfuerzo para que nuestros pueblos alcancen el anhelado desarrollo económico y social.

# La actitud de los estudiantes de medicina hacia los aspectos preventivos y sociales de la enseñanza y del ejercicio médicos

ELEUTERIO GONZALEZ CARBAJAL, J. HECTOR GUTIERREZ AVILA, JAVIER AGUILAR DE LA GARZA Y JULIETA GARCIA MEDRANO<sup>1</sup>

---

---

## INTRODUCCION

El Comité de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social en la América Latina, en su primer informe (1), hizo hincapié en el limitado interés de los estudiantes en esta área de la medicina. Esta declaración es congruente con las conclusiones de grupos similares (2-3) y con los resultados de un estudio sobre diversas escuelas de medicina en América Latina (4). De lo anterior surgió el interés en el Departamento de Medicina Social, Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) por investigar si la misma situación ocurría entre los estudiantes de esta Facultad.

Como en el momento de la realización de este trabajo no se disponía de información precisa sobre los posibles factores que influyen de manera determinante en las actitudes de los estudiantes hacia las diversas áreas de la profesión médica, se decidió investigar de manera exploratoria también este problema. Con este fin se formuló la siguiente hipótesis: el patrón de aspiraciones profesionales de los estudiantes de primer ingreso condiciona su actitud hacia los aspectos preventivos y sociales de la medicina.

Los participantes en la reunión de la OPS/FEPAFEM celebrada en 1976 hicieron suya la siguiente afirmación del Comité de la OPS para la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social, en su segundo informe:

“... es la propia estructura de la atención médica la que ejerce una acción dominante sobre el proceso de formación de recursos humanos, principalmente a través de la estructura del mercado de trabajo y de las condiciones que circunscriben la práctica médica” (2).

---

<sup>1</sup>Departamento de Medicina Social, Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.

Se ha planteado como premisa de esta hipótesis que la estructura médica ejerce una influencia dominante no solo sobre el proceso educativo, sino también sobre la imagen, manifestada en sus aspiraciones, que el estudiante tiene del ejercicio profesional. El corolario sería que las aspiraciones influyen a su vez de manera decisiva sobre las actitudes de los alumnos hacia las diversas áreas del aprendizaje y del ejercicio médicos.

Como es razonable suponer que las actitudes se modifican durante el transcurso de la carrera y como en esta etapa nos interesaba conocer la relación entre las aspiraciones y las actitudes de los alumnos, prescindiendo de la influencia del proceso educativo, se consideró conveniente limitar la investigación a los estudiantes matriculados en el ciclo escolar 1976-1977, al momento de su ingreso a la Facultad de Medicina. Este enfoque permitiría, en estudios posteriores, examinar los cambios en las actitudes más directamente atribuibles al proceso educativo y al contacto con la práctica médica.

## POBLACION Y METODOS DE LA ENCUESTA

El número de alumnos admitidos en la Facultad en el ciclo escolar mencionado fue de 2.752. De ellos, no fueron incluidos en esta investigación 238 que ingresaron a un proyecto docente experimental, ya que uno de los propósitos de este trabajo era evaluar a los estudiantes que aspiran a cursar el plan de estudio vigente (programa organizado por asignaturas) y que corresponde al modelo de enseñanza predominante en México.

Como no existían bases para la estimación del tamaño de la muestra, se decidió, por razones prácticas, estudiar a la mitad de los alumnos de reciente ingreso, quienes fueron distribuidos aleatoriamente en dos grupos de igual tamaño, uno de los cuales fue seleccionado por sorteo.

El patrón de aspiraciones y actitudes se categorizó en indicadores, de la siguiente manera:

1. Actitud hacia los aspectos preventivos y sociales de la medicina: importancia de los factores sociales en la salud; interés por el estudio de diversas materias curriculares, y opinión acerca de las medidas generales de prevención.

2. Aspiraciones profesionales: preferencia por el ejercicio médico según niveles de atención; tendencia hacia determinadas áreas del ejercicio profesional, y preferencia por el lugar e institución para ejercer la profesión en el futuro.

El cuestionario utilizado para desglosar estos indicadores (apéndice 1) fue puesto a prueba previamente en un grupo piloto de 90 alumnos, con el fin de corregir preguntas ambiguas y recoger las sugerencias de los estudiantes. También se incluyó una serie de preguntas sobre el perfil demográfico de los estudiantes y se interrogó acerca del tipo de escuela media superior de origen. El procesamiento de datos se llevó a cabo en el Centro de Servicios de Cómputo de la UNAM.

## RESULTADOS

De los 1.257 estudiantes registrados, solo 1.071 se encontraban presentes en las aulas el día de la encuesta, lo que representa aproximadamente un 14% de ausentismo escolar al momento de la encuesta.

### *Perfil demográfico y social*

La mayoría de los estudiantes eran menores de 20 años de edad (79%) y pertenecientes al sexo masculino (68%). Entre las mujeres se observó una mayor proporción de individuos más jóvenes en comparación con los hombres, aunque esta diferencia no alcanzó los niveles de significación habituales ( $P = .085$ ).

El 70% de los alumnos era originario de México, D.F., y 81% había estudiado en una escuela preparatoria pública.

Las ocupaciones paternas predominantes fueron las de empleados, comerciantes y profesionales (cuadro 1).

Respecto a los ingresos familiares mensuales, 63% manifestó que se encontraban entre 3.001 y 9.000 pesos mexicanos, 19% entre 9.000 o más y 18% entre 3.000 o menos.

Los estudiantes provenían de familias relativamente numerosas: 45,3% de familias de siete o más individuos, 44,7% de familias de cuatro a seis miembros y solo 10% a familias de hasta tres individuos.

La mayoría de los alumnos recibía sostén económico completo de su familia (cuadro 2); paradójicamente este tipo de estudiantes se caracterizó por pertenecer a las familias más numerosas ( $P < .025$ ).

### *Actitud hacia los aspectos preventivos y sociales de la medicina*

En cuanto a la importancia que atribuyen a diversos tipos de materias que habrían de cursar, 74,3% se inclinó por alguna materia clínica o bási-

ca, y el resto, por alguna materia del área de la salud pública (cuadro 3). Entre los factores más relevantes en la aparición de la enfermedad, 33% señaló a las causas estrictamente biológicas, 45% señaló a los factores de tipo social y solo 2% a los factores psicológicos.

Los alumnos que señalaron los factores sociales como los más relevantes también se inclinaron preferentemente por las materias del área de la

*Cuadro 1. Ocupación del padre o jefe de familia.*

Ocupación del padre	Alumnos	
	No.	%
Empleado	365	38,9
Comerciante	210	22,4
Profesional	201	21,4
Obrero o campesino	126	13,4
Gerente o empresario	37	3,9
Total	939	100,0

*Cuadro 2. Sostén económico de los alumnos.*

Sostén económico	Alumnos	
	No.	%
Familia	733	78,1
El mismo y familia	115	12,2
El mismo	88	9,4
Beca	3	0,3
Total	939	100,0

*Cuadro 3. Materias curriculares que les parece más importante a los alumnos.*

Materia	Alumnos	
	No.	%
Cardiología	287	30,6
Pediatría	221	23,5
Fisiología	190	20,2
Medicina social	121	12,9
Medicina preventiva	120	12,8
Total	939	100,0

salud pública ( $P < .001$ ). La valoración de los factores sociales se exploró también mediante la utilización de dos ejemplos concretos (ver preguntas 12 y 21 del apéndice 1). En el ejemplo sobre la desnutrición, la proporción de individuos que atribuyen mayor importancia a los factores sociales fue 40% (cuadro 4) y en el ejemplo de dos enfermedades infecciosas fue 58,5% (cuadro 5). También se encontró que los individuos que señalaron en el primer ejemplo a los factores sociales como los factores más importantes tendieron a hacerlo de igual manera en el segundo ( $P < .001$ ). Situación similar se observó al señalar los factores más importantes en la producción de la enfermedad y el ejemplo de la desnutrición ( $P < .002$ ).

Respecto a la efectividad de las campañas de educación higiénica destinadas a modificar la conducta de los fumadores, solo un escaso número las consideró contraproducentes o de nula utilidad (cuadro 6).

La opinión de los alumnos sobre la falta de programas de educación para la salud en un medio hospitalario fue que estos no se realizan primordialmente por la falta de interés de los médicos o de los propios pacientes (cuadro 7).

*Cuadro 4. Aspectos en los que el alumno haría más énfasis si tuviera que dar una conferencia sobre desnutrición.*

Aspectos más importantes	Alumnos	
	No.	%
Factores sociales	375	40,0
Características de la dieta balanceada y/o diagnóstico clínico	296	31,5
Daños orgánicos	268	28,5
Total	939	100,0

*Cuadro 5. Causas por la que los alumnos consideran que la poliomielitis y el sarampión son más frecuentes en México que en los Estados Unidos de América.*

Causa	Alumnos	
	No.	%
Diferente nivel socioeconómico	549	58,5
Ambiente físico más favorable	323	34,4
Menor número de médicos	67	7,1
Total	939	100,0

Cuadro 6. Opinión sobre la eficacia de las campañas educativas contra el hábito de fumar.

Opinión	Alumnos	
	No.	%
Algunos dejarían de fumar	778	82,9
La mayoría dejaría de fumar	116	12,4
Todos dejarían de fumar	6	0,6
Ninguna dejaría de fumar	25	2,7
La mayoría fumaría más	14	1,5
Total	939	100,0

Cuadro 7. Opinión respecto a la causa por la cual no se suele dar conferencias de orientación a los pacientes de un hospital.

Opinión	Alumnos	
	No.	%
Falta de interés de los médicos	446	47,5
Falta de interés de los pacientes	374	39,8
No forman parte de las actividades de un hospital	106	11,3
Escasa utilidad para atacar enfermedades	13	1,4
Total	939	100,0

### Aspiraciones profesionales

Los estudiantes se inclinaron más por llegar a ser especialistas que médicos generales; solo una pequeña proporción no tenía una elección definida (cuadro 8). Aquellos que seleccionaron la medicina general tendieron a confirmar su rechazo por la especialidad ( $P < .05$ ) cuando esto se interrogó nuevamente en la pregunta referente a las motivaciones por llegar a ser especialista (pregunta 14). Sin embargo, entre quienes manifestaron preferencia por la especialidad se observó una negativa aún mayor hacia la medicina general ( $P < .001$ ) cuando este aspecto se investigó nuevamente en la pregunta referente a las motivaciones para llegar a ser médico general (pregunta 20).

Se observó una mayor inclinación por ejercer en el medio urbano que en el medio rural (cuadro 9). Ahora bien, la proporción de alumnos que deseaba trabajar en el medio rural fue significativamente mayor entre los

simpatizantes por la medicina general que entre los aspirantes a alguna especialidad ( $P = .02$ ).

En cuanto a la preferencia entre cuatro áreas del ejercicio profesional, la mayoría se inclinó por la práctica clínica, y la menor proporción, por la salud pública (cuadro 10).

Entre las oportunidades que el estudiante cree que el ejercicio médico le

*Cuadro 8. Preferencia por medicina general o especialidad.*

Preferencia	Alumnos	
	No.	%
Especialista	760	80,9
Médico general	112	11,9
Lo ignora	67	7,2
Total	939	100,00

*Cuadro 9. Lugar de preferencia para ejercer su profesión.*

Lugar de preferencia	Alumnos	
	No.	%
Alguna ciudad pequeña	264	28,1
Alguna capital de estado	249	26,5
Distrito Federal	230	24,5
Zona rural	196	20,9
Total	939	100,0

*Cuadro 10. Preferencia de los alumnos por algún área de la medicina.*

Area	Alumnos	
	No.	%
Clínica (hospital o consultorio)	620	66,0
Investigación	211	22,5
Docencia	29	3,1
Salud pública	23	2,4
Lo ignora	56	6,0
Total	939	100,0



brindará en el futuro, la participación en la organización de los servicios médicos fue la opción más elegida (cuadro 11).

Respecto al tipo de institución en la que desearía trabajar, se inclinaron sobre todo por la práctica combinada y simultánea en una institución pública y privada (63%), en segundo lugar por el ejercicio profesional exclusivo en una institución pública (25%), y finalmente por el ejercicio privado exclusivo (12%). Los individuos que preferían ejercer en el futuro en una institución pública de manera exclusiva están más dispuestos a ejercer en las zonas rurales que aquellos que preferían la práctica privada exclusiva o combinada con el trabajo institucional ( $P = .014$ ).

## DISCUSION

Al analizar la hipótesis podemos concluir que no se encontraron asociaciones significativas entre el patrón de actitudes y el de las aspiraciones profesionales.

El perfil demográfico y social de los estudiantes claramente indica que se trata de un grupo muy selecto de la población general. Como los mecanismos de selección institucional y social se han venido modificando, lo mismo ha sucedido con las características sociodemográficas de los estudiantes (5). Sin embargo, no son únicamente los procesos selectivos los que intervienen en la modificación de estas características, sino también los cambios en otros fenómenos sociales, como el mercado de trabajo, la imagen social del médico y la práctica profesional de la medicina. De allí que sea razonable conjeturar que paralelamente a los cambios demográficos han ocurrido modificaciones importantes en las expectativas y actitudes estudiantiles, por lo que el examen de esas características debe ser continuo.

*Cuadro 11. Oportunidades que consideran les brindará la profesión médica.*

Oportunidades	Alumnos	
	No.	%
Colaborar en la organización de los servicios médicos	610	65,0
Hacer investigaciones originales	278	29,6
Pertener a alguna sociedad médica	36	3,8
Viajar al extranjero	15	1,6
Total	939	100,0

En consecuencia, puede ser más relevante examinar periódicamente los cambios en los aspectos que aquí nos ocupan que intentar establecer conclusiones en base a una observación momentánea y aislada. Sin embargo, el valor que puede derivarse de los resultados obtenidos en este caso es su utilización como punto de partida para futuras observaciones y como base para el refinamiento de métodos de estudio en una área en la que el empirismo y la subjetividad son difícilmente controlables (6).

Si alguien cuestiona el que se haya interrogado a alumnos de primer ingreso sobre aspectos con los que aún no han entrado en contacto, cabe recordar que este trabajo se basó en el supuesto de que los estudiantes eligen la carrera de medicina por razones definidas, que ya tienen ciertas expectativas sobre su futuro profesional, y que se han formado una imagen de la profesión que se manifiesta por tendencias hacia ciertas áreas de la carrera y de la práctica médicas. Los resultados parecen apoyar nuestro supuesto.

Independientemente del conocimiento acertado o no sobre los temas objeto de interrogación (lo que no fue posible investigar), solo una pequeña proporción manifestó indecisión respecto al futuro ejercicio profesional, y el patrón de respuestas por la preferencia entre las diversas materias de estudio es muy consistente, ya que hay una clara tendencia dominante hacia el campo clínico.

La pregunta central que nos interesa responder se puede formular así: ¿es la actitud de los estudiantes favorable o no a los aspectos preventivos y sociales de la medicina? No existe una respuesta sencilla, ya que no se dispone de un parámetro objetivo de medición. A nivel individual no podemos dar una respuesta, es decir, ¿aquellos individuos que se manifiestan negativamente sobre los aspectos sociales tienen una actitud negativa y viceversa? Ignoramos cuál fue la interpretación personal de las preguntas y las motivaciones particulares para cada respuesta. Tampoco disponemos de elementos para medir con precisión hasta qué punto la actitud individual de los estudiantes es favorable o no a la medicina preventiva. Por ello tal vez sea más adecuado replantear nuestra pregunta central en los siguientes términos: ¿existe entre los estudiantes una corriente o tendencia favorable hacia los aspectos preventivos y sociales de la medicina? En este caso nuestra respuesta es afirmativa; los resultados señalan que existe claridad intelectual respecto al papel de los factores sociales y una actitud favorable hacia las medidas generales de prevención. Inclusive puede considerarse elevada la proporción de individuos que seleccionaron a los factores sociales como los más importantes en la producción de la enfermedad, pues en su mayoría provienen de un área de la educación media

superior en la que se otorga mayor énfasis a los aspectos biológicos que a los sociales. Sin embargo, nuestros hallazgos y los de otros trabajos no son enteramente similares (7-10).

Ahora bien, por lo que toca al patrón de aspiraciones, la tendencia dominante es a la reparación del daño más que a la prevención. Esto no necesariamente representa una contradicción en relación con la actitud de los estudiantes, pues las expectativas profesionales que manifiestan están acordes con la práctica médica profesional y la organización de los servicios de salud vigentes. Así, un individuo puede tener claridad intelectual y una actitud favorable acerca de los factores sociales y los aspectos preventivos, y a la vez optar por el ejercicio privado de una especialidad clínica en vez de una actividad relacionada con la salud pública.

Estas mismas argumentaciones pueden servir para aclarar porqué no se encontraron datos que apoyen nuestra hipótesis inicial. Es decir, una primera posibilidad, congruente con lo anteriormente discutido, es que efectivamente no existe una relación directa entre las actitudes y las aspiraciones profesionales. En este caso las actitudes estarían más influenciadas por la visión global que el estudiante tiene de la realidad social, que por una concepción más estrecha, producto de la imagen del ejercicio médico y más íntimamente ligada a sus aspiraciones profesionales.

No debe descartarse, sin embargo, el hecho de que por problemas en el diseño del estudio no fue posible identificar una verdadera asociación entre las aspiraciones y las actitudes. En este sentido pueden darse tres posibilidades. La primera es que los indicadores utilizados para medir aspiraciones sean inadecuados. La elección de tales indicadores se ha basado en criterios subjetivos y su interpretación se puede prestar a ambivalencias. La segunda posibilidad es que al no haberse definido dos grupos, uno como favorable y otro como desfavorable a los aspectos preventivos y sociales, no fue posible establecer una comparación clara y precisa entre ambos grupos respecto a sus aspiraciones profesionales. Para lograr lo anterior sería preciso elaborar una escala que permita clasificar a los estudiantes según niveles de actitud, lo cual, desafortunadamente, no es fácil, pues en la elaboración de esta escala es indispensable emitir juicios de valor y apoyar la elección de ciertos parámetros en criterios que pueden ser subjetivos y no cuantificables. La tercera posibilidad es que las dos situaciones que se acaban de discutir hayan coexistido, haciendo muy difícil la identificación de datos a favor de la hipótesis.

Un hecho notorio es que dentro del programa curricular de la carrera de medicina corresponde a las materias del área de la medicina preventiva una parte mínima del total de horas de enseñanza (2% del total). Por

ello resulta de gran interés que se exploren los mismos aspectos en estudiantes que están por terminar la carrera. También convendría introducir en estudios posteriores algunos índices cuantitativos de medición de actitudes; por ejemplo, comparar el rendimiento académico, la dedicación proporcional del tiempo de estudios y el ausentismo escolar en las materias de salud pública *vs.* otras áreas. La utilización de esos indicadores facilitarían las comparaciones y la uniformidad en la interpretación de los resultados en futuros estudios.

### RESUMEN

En este trabajo se da cuenta de una investigación realizada en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México para conocer las actitudes de un grupo de alumnos hacia los aspectos preventivos y sociales de la medicina, así como sus aspiraciones profesionales.

Se observó que los estudiantes reconocen la importancia de estos aspectos y que se inclinan preferentemente por la práctica de una especialidad clínica. No se encontró una relación entre el patrón de aspiraciones profesionales y las actitudes de los alumnos. Los autores consideran que esto pudiera indicar que las actitudes estarían determinadas por la influencia global de la sociedad, pero que las aspiraciones serían resultado de la estructura del mercado de trabajo y del modelo de práctica médica vigente.

Se sugiere la realización de una investigación similar con el mismo grupo de estudiantes al término de su carrera para determinar el posible efecto del proceso educativo sobre el cambio en sus actitudes. También se formulan comentarios y recomendaciones para resolver problemas metodológicos que surgen en estudios de este tipo.

### REFERENCIAS

- (1) Primer Informe sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social en las Escuelas de Medicina de la América Latina. *Educ Méd Salud* 3(2):132-155, 1969.
- (2) Informe Final. Primera Reunión sobre Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en la América Latina y el Caribe. *Educ Méd Salud* 10(2):113, 1976.
- (3) Conferencia sobre Formación de los Médicos Generales en Salud Pública. Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos No. 140, 1957, pág. 8.
- (4) García, J. C. *La educación médica en América Latina*. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 255, 1972.
- (5) Thurstone, S. L. Attitudes can be measured. *Amer J Soc* 33:529-554, 1928.

(6) Guttman, P. L. The basis for scalogram analysis. En: S.A. Stouffer y cols., *Measurement and Prediction*, New Jersey, Princeton University Press, 1950, págs. 60-90.

(7) Manzanilla, L. M. La decisión de estudiar medicina. *Educ Méd Salud* 2(1):23-24, 1963.

(8) Ross, N. P. y D. G. Fish. Change in career preferences. Students as a group versus students as individuals *J Med Educ* 49(5):1057-1059, 1974.

(9) McDermott, J. F., Char, W. F. y M. J. Hansen. Motivation for medicine in the seventies. *Amer J Psychiat* 130(3):252-256, 1973.

(10) Hermann, T. A new trend in career interests among University of Michigan Medical School graduates. *J Med Educ* 48:451-453, 1973.

## Apéndice 1.

### CUESTIONARIO

1. Lugar de nacimiento:
  - a) Distrito Federal
  - b) Provincia
2. Edad:
  - a) Hasta 20 años
  - b) De 21 a 25 años
  - c) De 26 años en adelante
3. Sexo:
  - a) Masculino
  - b) Femenino
4. Preparatoria de la que proviene
  - a) Particular
  - b) Oficial
5. ¿Quién te sostiene económicamente?
  - a) Tu familia
  - b) Por tí mismo
  - c) Por tí mismo y tu familia
  - d) Beca
  - e) Por tí mismo y beca
6. ¿A cuánto ascienden los ingresos mensuales de tu familia, incluyéndote tú, si trabajas?
  - a) Hasta 3.000 pesos
  - b) De 3.001 a 5.000 pesos
  - c) De 5.001 a 7.000 pesos
  - d) Más de 9.001 pesos

7. ¿De cuántas personas consta tu familia?
  - a) De 1 a 3
  - b) De 4 a 6
  - c) De 7 a 9
  - d) Más de 10
  
8. Ocupación del padre o jefe de la familia
  - a) Profesional u ocupación similar
  - b) Empleado ”
  - c) Obrero o campesino ”
  - d) Comerciante ”
  - e) Gerente o empresario ”
  
9. De las siguientes materias ¿cuál te parece que será más interesante cuando la estudies?:
  - a) Pediatría
  - b) Fisiología
  - c) Medicina social
  - d) Cardiología
  - e) Medicina preventiva
  
10. ¿Qué te gustaría más?
  - a) Llegar a ser médico general
  - b) Llegar a ser especialista
  - c) No sé
  
11. Según tu criterio ¿cuáles son los factores más importantes en la producción de la enfermedad?
  - a) Gérmenes, microbios, parásitos, defectos físicos, herencia, constitución física, etc.
  - b) Ingresos económicos, cultura, vivienda, clase social
  - c) Personalidad, carácter, autosugestión, etc.
  
12. La poliomielitis y el sarampión son enfermedades más frecuentes en México que en los Estados Unidos de América debido principalmente a que:
  - a) En México es menor el número de médicos
  - b) El clima y la situación geográfica de México son más favorables para la aparición de estas enfermedades
  - c) El nivel socioeconómico de los habitantes de México es diferente al de los habitantes de los E.U.A.
  
13. ¿En cuál de las siguientes áreas de la medicina te gustaría trabajar cuando termines tu carrera?
  - a) Como maestro
  - b) Como investigador

- c) Como médico en un hospital o consultorio
  - d) Como epidemiólogo
  - e) No sé
14. Me gustaría ser especialista porque:
- a) Cura enfermedades difíciles
  - b) Es mejor remunerado que el médico general
  - c) Está mejor preparado que el médico general
  - d) Hacen mucha falta en nuestro país
  - e) No me gustaría ser especialista
15. Cuando termines tu carrera ¿en qué lugar preferirías ejercer tu profesión?
- a) En el Distrito Federal
  - b) En alguna capital de estado, por ejemplo: Puebla, Monterrey, Guadalajara, etc.
  - c) En alguna ciudad pequeña
  - d) En el campo
16. No se suele dar conferencias de orientación a los pacientes que acuden a un hospital, porque:
- a) Los pacientes muestran escaso interés por ellas
  - b) Son de escasa utilidad para atacar las enfermedades
  - c) Los médicos no se preocupan por ello
  - d) No son parte de las actividades propias de un hospital
17. ¿En cuál de las siguientes instituciones te gustaría trabajar cuando seas médico?
- a) En una institución pública exclusivamente (como el IMSS, SSA, ISSSTE\*, etc.)
  - b) En una institución privada exclusivamente (como un hospital privado o un consultorio particular, etc.)
  - c) En ambas simultáneamente.
18. Escoge una de las siguientes opciones. La profesión médica me brindará la oportunidad de:
- a) Ser miembro de alguna sociedad médica
  - b) Realizar viajes al extranjero
  - c) Colaborar en la organización de los servicios médicos
  - d) Hacer investigaciones originales sobre algún tema médico

---

\* Instituto Mexicano del Seguro Social, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

19. Si se hiciera una campaña para explicar a los fumadores cómo puede dañar a su salud el hábito de fumar:
    - a) La mayoría dejaría de fumar
    - b) Ninguno dejaría de fumar
    - c) Solo algunos dejarían de fumar
    - d) Todos dejarían de fumar
    - e) La mayoría fumaría más
  20. Me gustaría ser médico general porque:
    - a) Hacen mucha falta en el país
    - b) Recibe iguales ingresos que un especialista
    - c) No me gustaría ser médico general
  21. Si se te pide que des una conferencia sobre la desnutrición ¿en cuál de los siguientes aspectos harías énfasis?
    - a) En los daños que produce en el organismo
    - b) En los factores sociales
    - c) En la manera de diagnosticarla
    - d) En la manera de elaborar una dieta balanceada
- 

#### THE ATTITUDE OF MEDICAL STUDENTS TOWARD THE PREVENTIVE AND SOCIAL ASPECTS OF MEDICAL INSTRUCTION AND PRACTICE (*Summary*)

This paper reports on a study carried out in the Faculty of Medicine of the Autonomous National University of Mexico to discover the attitudes of a group of students toward the preventive and social aspects of medicine, and their own professional aspirations.

It was found that these students were aware of the importance of these aspects, and that they inclined by preference to the practice of a clinical specialty. No correlation was found between the patterns of the students' professional aspirations and their attitudes. The authors feel this could mean that attitudes are determined by the overall influence of the society, but the aspirations by the structure of the labor market and the prevailing medical practice model.

It is suggested that a similar survey be done of the same group of students at the completion of their studies to determine the possible effects of the educational process on their attitudes. Comments are made and recommendations put forward for solving methodological problems that arise in studies of this type.



## A ATITUDE DOS ESTUDANTES FRENTE AOS ASPECTOS PREVENTIVOS E SOCIAIS DO ENSINO E EXERCÍCIO DA MEDICINA (*Resumo*)

Este trabalho apresenta aos resultados de uma pesquisa realizada na Faculdade de Medicina da Universidade Nacional Autônoma do México para conhecer as atitudes de um grupo de alunos frente aos aspectos preventivos e sociais da medicina, bem como suas aspirações profissionais.

Observou-se que os estudantes reconhecem a importância desses aspectos e se inclinam de preferência à prática de uma especialidade clínica. Não foi encontrada uma relação entre o padrão de aspirações profissionais e as atitudes dos alunos. Os autores consideram que isso pode indicar que as atitudes seriam determinadas pela influência global da sociedade, mas as aspirações resultariam da estrutura do mercado de trabalho e do modelo de prática médica vigente.

Sugere-se a realização de uma pesquisa semelhante com o mesmo grupo de estudantes ao término de suas carreiras para determinar o possível efeito do processo educativo sobre a mudança em suas atitudes. Também se formulam comentários e recomendações para resolver problemas metodológicos que surgem em estudos desse tipo.

## L'ATTITUDE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ENVERS L'ENSEIGNEMENT DES ASPECTS PRÉVENTIFS ET SOCIAUX DE LA MÉDECINE ET ENVERS L'EXERCICE DE LA PROFESSION MÉDICALE (*Résumé*)

Cet ouvrage, rend compte d'une enquête effectuée à la faculté de médecine de l'université nationale autonome de Mexico pour déterminer les attitudes d'un groupe d'étudiants envers les aspects préventifs et sociaux de la médecine ainsi qu'à l'égard de leurs aspirations professionnelles.

Il a remarqué que les étudiants reconnaissent l'importance de ces aspects et qu'ils penchent plutôt pour la pratique d'une spécialité clinique. Il n'a pas remarqué de relation entre les aspirations professionnelles et les attitudes des étudiants. Les auteurs estiment que cela pourrait vouloir dire que ces attitudes sont déterminées par l'influence globale de la société tandis que les aspirations seraient le résultat de la structure du marché du travail et du modèle existant de pratique de la profession médicale.

Il suggère que soit effectuée une enquête similaire sur le même groupe d'étudiants à la fin de leurs études afin de déterminer l'effet éventuel de ces études sur l'évolution de leurs aptitudes. Il formule également des commentaires et des recommandations pour résoudre les problèmes méthodologiques qui apparaissent dans les études de ce type.

# El internado en los estudios médicos<sup>1</sup>

ALBERTO P. CRISTOFFANINI<sup>2</sup>

---

## INTRODUCCION

El nombre de "internado" proviene de "interne des hospitaux", designación utilizada en Francia a comienzos del siglo pasado para los egresados y licenciados en medicina habilitados para ejercer la medicina que habían sido admitidos a un hospital calificado para desempeñar la función de médico tratante primario, bajo la tuición de un jefe o "maître de service". Esta función se ejercía en condiciones de residente. La designación de "interne des hospitaux" constituía un título de orgullo, una exteriorización de haber completado un período de demostración de habilidad clínica, bajo la guía y vigilancia de un clínico experimentado, al final de una enseñanza fundamentalmente teórica. Constituía, además, un galardón de prestigio ante la comunidad, que aseguraba una buena clientela entre los niveles pudientes de la sociedad francesa, lo que significaba ingresos bastantes mayores a los de quienes no ostentaban tal título.

El número de plazas de internos en los hospitales calificados era tan exigua, y la presión por obtenerlas tan alta, que los egresados que necesitaban una formación práctica, por una parte, y algún galardón que exhibir por otra, obtuvieron que se aceptara la condición de "externo de los hospitales de París". El externo era una especie de oyente, que asistía al hospital habitualmente solo en las mañanas, sin ninguna atribución y menos responsabilidad en curar enfermos, hacia quien no se hacía ninguna labor docente, y a quien el "maître de service", ocasionalmente, dirigía generosamente la palabra.

Mucho más tarde el internado se incorporó a los seis años de estudios teóricos, antes de presentar y defender la tesis, como requisito previo al doctorado de medicina y a la licencia para ejercer. El régimen de externado, en las últimas cinco o seis décadas, fue incorporado al trabajo clínico de los últimos años de la carrera de pregrado (modelo muy similar al "clerkship" de los países de habla inglesa, y a la enseñanza clínica intrahospitalaria de los países latinoamericanos).

---

<sup>1</sup> Extractado de una Conferencia dictada en el Seminario de Actualización Curricular organizado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, Chile, 4-6 de mayo de 1981.

<sup>2</sup> Decano, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.

En los Estados Unidos de América, la primera escuela de medicina, el “College of Philadelphia”, fundado en 1765, siguió casi estrictamente a la Escuela de Edinburgo, por ese entonces tal vez la mejor escuela de medicina clínica de Europa, y la única con enseñanza tutorial, más cercana al enfermo. Posteriormente la enseñanza de la medicina en este país fue sucesivamente influida por la escuela francesa en la primera mitad del Siglo XIX, y por las escuelas austriacas y alemanas en la segunda mitad de ese siglo. Con estas dos influencias, la mayoría de las escuelas de medicina fueron minimizando la formación práctica, enfatizando un aprendizaje casi exclusivamente teórico y “científico”. Los egresados de estas escuelas, sintiendo la necesidad de una formación práctica, al término de su carrera acudían a aquellos hospitales en que ejercía algún clínico de renombre para lograr, en calidad de aprendiz, una capacidad de desempeño. Con el nombre original de “house staff” se constituyeron en mano de obra barata para los trabajos menores que demandaban los enfermos. En algunos hospitales estos asistentes tomaron el carácter de residente y la denominación de internos. Hacia 1870 algunos hospitales de renombre, como el “Massachussets General Hospital” y el “Cook County Hospital”, restringieron la aceptación de internos a alguna determinada escuela de medicina (el primero a los graduados de la “Harvard Medical School” y el segundo a los del “Chicago Medical School” y del “Rush College”), y estas escuelas a su vez retenían el título de doctor en medicina hasta que se completaba el internado.

Paralelamente a estas escuelas de medicina de élite, proliferaron en los Estados Unidos numerosas escuelas de muy distinta calidad, la mayoría de ellas muy pequeñas, casi siempre desarrolladas con el esquema de aprendiz ligado a uno o varios clínicos por períodos variables, y con normas muy poco definidas sobre el requisito de graduación.

Hacia fines del siglo pasado se comenzaron a establecer requisitos para obtener una licencia de ejercicio profesional: algunos estados exigían un examen, otros requerían un año de aprendizaje al lado de un preceptor clínico, y algunos exigían ambos requisitos.

El informe Flexner sobre educación médica en los Estados Unidos y Canadá (1910) puso especial énfasis en lograr un cambio curricular que basara la enseñanza de la medicina en la formación científica básica, lo que se logró en los años siguientes. El cambio determinó un importante abandono de la enseñanza clínica, lo que obligó a reforzar el requisito del internado para obtener la licencia en la mayoría de los estados. La Asociación Médica Americana señaló al respecto que “desde el punto de vista educacional, el internado podría ser mirado como la etapa capaz de entregar un período necesario de trabajo clínico que permitiera redondear la

educación teórica en las escuelas de medicina, pero desgraciadamente ese internado frecuentemente carecía de supervisión y en él las escuelas de medicina tenían escasa o nula intervención". Ello llevó a desarrollar en 1914 una lista de internados "aprobados", y en 1919 al establecimiento de normas ("essentials") para la aprobación de internados.

En Inglaterra el "Medical Act" de 1928 estableció algunas normas y obligaciones de formación clínica con enfermos y de alguna manera se desarrollaron sistemas similares a lo que denominamos internado. Posteriormente, este se transformó en un "pre-registration year". Desgraciadamente, también allí la presión de trabajo sobre el egresado le hizo perder al internado su connotación de período de aprendizaje. Frente a esto, el Comité Goodenough en 1944 recomendó que en este período el médico fuera considerado como un estudiante, y se le concediera tiempo para el estudio personal.

Situaciones similares se registraron en Australia y Canadá.

En América Latina entre 1920 y 1930 se incorporó la enseñanza intrahospitalaria clínica en los últimos años de la carrera, en forma análoga al externado francés o al "clerkship" anglosajón, y a partir del decenio de 1950 se formalizó en la mayoría de las escuelas un internado como requisito previo a la graduación.

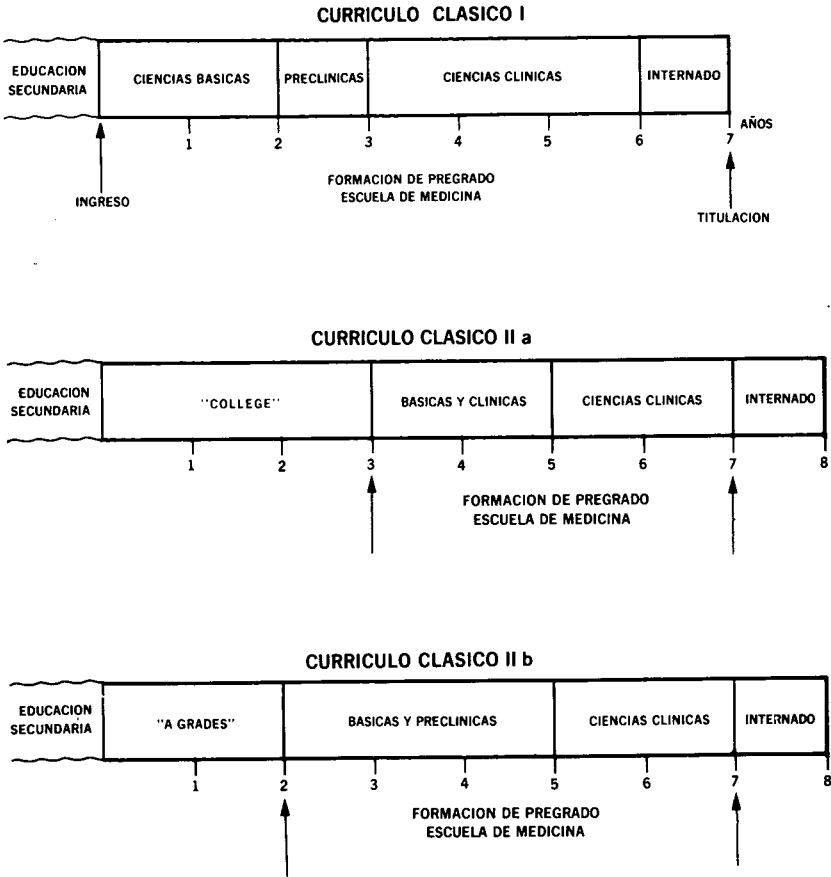
En resumen, siempre se ha considerado necesario un período de formación clínica directamente relacionado con la atención de enfermos como período de integración de los conocimientos científicos y su aplicación a situaciones clínicas como forma de obtener un graduado capaz de enfrentar sus obligaciones futuras en el ejercicio profesional.

## EL INTERNADO EN RELACION CON DISTINTOS ESQUEMAS CURRICULARES

En la figura 1 se señala como currículo clásico I el que está actualmente en uso en la mayoría de las escuelas de medicina latinoamericanas. En ellas el internado es parte integrante—y en general considerada fundamental—de la formación de pregrado. El currículo señalado como clásico IIa corresponde al predominante en los Estados Unidos y el IIb al habitual en Inglaterra. En ambos países el internado es considerado de posgrado y no está sometido a la tuición de las escuelas de medicina, y se tiende a incluirlo como la primera parte de la formación de posgrado obligatoria, integrándolo a las residencias.

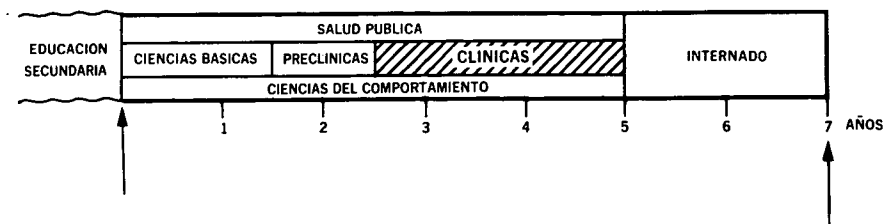
Para la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile este

Figura 1. Estructuras curriculares.



período constituye la *etapa de aplicación práctica* de los conocimientos obtenidos en la formación básica preclínica y clínica, en la que el interno asume en forma supervisada las responsabilidades de médico y donde completa la adquisición de destrezas y criterio clínico. Para ese efecto se destinó a esta etapa un período de dos años en la formulación inicial de su currículo en 1969 (figura 2). Este esquema es coherente con el propósito general de las escuelas de medicina en Chile que han definido al futuro graduado como un médico general indiferenciado y con el planteamiento operacional definido por la Universidad Austral, "capacitado para enfrentar la patología prevalente, la urgencia no derivable, y la administración de unidades menores".

Figura 2. Esquema curricular de la Universidad Austral de Chile.



La Facultad de Medicina de la Universidad de New Castle, Nueva Gales del Sur, Australia—que haciendo excepción en el sistema australiano ha reincorporado el internado a la formación de pregrado, dándole una duración de dos años—ha definido al graduado que espera formar de la siguiente manera: “al tiempo de su graduación, el estudiante será capaz de demostrar un nivel de competencia apropiado a las responsabilidades asignadas a un médico recién recibido. Ello debe servir de base a su futura carrera en clínica, en laboratorio, en epidemiología o en medicina comunitaria, investigación o administración”. Glosando lo anterior señala que no se espera que sea un médico “completo”, un especialista en miniatura ni un investigador científico, y que el nivel de competencia requerido puede variar de un objetivo a otro y sobre esto último agrega que “será una responsabilidad importante de la Facultad definir el nivel de competencia que se espera sea alcanzado para cada objetivo”.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS DEL INTERNADO

Si el objetivo de la escuela de medicina es la formación de un médico general con las características señaladas más arriba, el objetivo general del internado fluirá del análisis de las tareas del futuro graduado.

Es así posible diseñar tres tipos de objetivos específicos: aquellos relacionados con el manejo de enfermos, aquellos relacionados con actitudes personales y aquellos relacionados con la comunidad.

Los objetivos específicos relacionados con la capacitación clínica son:

- Adiestramiento en medicina integral.
- Diagnóstico y manejo de la patología prevalente.
- Técnicas básicas de exámenes clínicos, de laboratorio y de formulación terapéutica.
- Habilidad para resolver urgencias clínicas.

En relación con las actitudes, podemos señalar aquellas que se refieren a responsabilidad y autocrítica, método científico, autoformación y actitud ética.

Y en lo que se refiere a la comunidad: habilidad para detectar una necesidad de salud, adiestramiento en trabajo en equipo, y capacidad para promover una actitud de fomento y prevención en la comunidad en que actúa.

Si se analizan los objetivos específicos del internado así planteados, se puede observar que en esta etapa de la formación profesional la incorporación de contenidos de información es un hecho lateral, ya que los contenidos básicos de información han sido entregados en la etapa previa, y el adecuado desarrollo de los años preclínicos y clínicos debe haber logrado una capacidad de autoformación tal que le permita al interno adquirir la información complementaria que necesita en forma voluntaria, personal y autodirigida. El estudiante, a esta altura, debe haber aprendido a leer críticamente, selectivamente, y a saber encontrar las fuentes de información. Igualmente, el alumno que llega al internado ha aprendido a "aprender de sus pares", otra forma de autoaprendizaje especialmente eficiente.

Todo lo anterior se refleja en los procesos utilizados en el internado, los cuales no contemplan, en general, una entrega formal de contenidos de información sino que descansan en una capacidad de autoaprendizaje que se supone y espera ha sido lograda en las etapas previas.

Los objetivos centrales del internado, en cambio, se refieren a habilidades y destrezas, y a hábitos y actitudes.

## HABILIDADES Y DESTREZAS

Las destrezas se aprenden secuencialmente por demostración, ejecución activa de la destreza después de la demostración, y por iteración de esa ejecución activa. La iteración lleva a la internalización, y aun a cierto grado de automatización de la destreza.

Está demostrado que cuando se comienza a aprender en una determinada área la primera destreza de esa área demora en internalizarse hasta que se logra un grado de dominio de esa destreza. En cambio, las destrezas sucesivas de la misma área se van internalizando en forma progresivamente más rápida, con aumento de la velocidad de incorporación de nuevas destrezas.

En el desempeño clínico, la primera destreza es la ejecución de una historia clínica. La ejecución de una anamnesis implica contenidos de infor-

mación previa. Esa información previa permite a quien recoge una anamnesis la construcción temprana de posibles hipótesis o prehipótesis, seguida de un proceso de selección-descarte, incorporación-eliminación de nuevas hipótesis, las que serán posteriormente cotejadas con los hallazgos del examen físico. Este trabajo—que incluye análisis, síntesis y juicios de valores—constituye una destreza cuya velocidad y precisión se incrementan con la iteración.

El examen físico constituye otra forma de destreza que también se acrecienta por la iteración. Es posible facilitar el desarrollo de estas destrezas mediante la utilización de simuladores (maquetas o modelos de simulación).

Igualmente es destreza la formulación de una hipótesis. En la formulación de una hipótesis se ha demostrado eficiente el método de “identificación de problemas”. Un esquema que facilita la identificación de problemas los separa en:

- Problema activo que produjo la consulta.
- Problema activo percibido por el médico y no percibido por el enfermo.
- Problema activo ajeno al motivo de la consulta.
- Problema inactivo que merece atención.

La siguiente destreza clínica es la capacidad de formular planes exploratorios, tendientes a confirmar o descartar la hipótesis. Ella incluye la habilidad de identificar algunas características y condiciones de los exámenes y exploraciones (tales como: relevancia, riesgo, disponibilidad, sensibilidad, especificidad, complejidad, molestias para el paciente, costo) y de establecer cruces y relaciones entre ellas (por ejemplo: riesgo *vs.* relevancia, especificidad *vs.* costo, etc.), permitiendo obtener de estos cruces la decisión más adecuada.

Igual destreza puede señalarse para la formulación de un plan terapéutico, en el que es necesario considerar, entre otros factores: la respuesta-efectividad, los efectos colaterales, la interacción de fármacos, la toxicidad, las complicaciones, el costo.

Complementariamente, constituye una habilidad la capacidad de fijar criterios de referencia o interconsulta, decidiendo cuándo referir, a quién referir, con qué elementos de juicio; siendo capaz de evaluar cuando se ha llegado al límite de la propia capacidad, a partir de los elementos de juicio disponibles, etc.

Por último, cabe señalar como destreza la adquisición de criterios de alta de pacientes, de interrupción terapéutica y de formulación de un plan de seguimiento (observación ulterior).

Para todas las destrezas señaladas es posible fijar niveles de competen-



cia variable. Una forma de analizar dichos niveles es la aplicación del concepto de “áreas de aptitud profesional”, por ejemplo:

1. *Area de actuación autónoma*, que comprende la competencia para resolver las urgencias e identificar y evitar las complicaciones (patología no derivable en la definición de nuestra Escuela).

2. *Area de tratamiento general*, que comprende aquellos procesos morbosos que el alumno debe ser capaz de identificar (patología prevalente en la definición de nuestra Escuela), manejar de acuerdo con los medios con que cuenta, derivar cuando sea oportuno, y en consecuencia orientar al paciente y sus familiares sobre el tratamiento de la enfermedad y su propósito.

3. *Area de enfoque diagnóstico*, que comprende los síntomas y signos o síndromes de manifestación frecuente, y que no indican de inmediato una enfermedad determinada, frente a los cuales el alumno debe estar preparado para bosquejar un enfoque diagnóstico, establecer posibles diagnósticos diferenciales, y solicitar exploración complementaria o una terapéutica sintomática racional, hasta que él o los especialistas de referencia puedan llegar a un diagnóstico preciso.

## HABITOS Y ACTITUDES

Si bien el desarrollo de hábitos y actitudes debe iniciarse desde el primer día de trabajo en una escuela de medicina, el momento crucial para terminar de desarrollarlos y consolidarlos es el internado. En este momento el alumno entra a tener un grado de responsabilidad indirecta sobre enfermos hospitalizados a cargo de un médico de sala o sector, lo que se puede reforzar por la entrega al interno de una responsabilidad directa sobre los enfermos a su cargo, con adecuada tutoría y supervigilancia. Dicha modificación metodológica está enfocada a reforzar la adquisición de hábitos y actitudes.

Aparte de la mencionada relación con el enfermo—y sus familiares—se agrega el efecto formativo de su interrelación hacia sus pares, los residentes, los otros miembros del equipo de salud (enfermeros, dietista, etc.) y sus docentes (que serán, predeciblemente, sus interconsultores en el futuro).

Este quehacer responsable obliga al interno a aceptar otras opiniones y a entregar activamente las propias: dar y aceptar, que constituyen la esencia del trabajo en equipo. En resumen, contribuye a:

- Formar una mentalidad responsable y crítica, que le permita reconocer las propias limitaciones y las del medio, y que lo capacite para decidir qué tipo de problemas deben ser referidos y dónde deben ser referidos.
- Fortalecer la práctica del método científico, la inquietud humana y social y el hábito de perfeccionamiento continuo.
- Estimular el desarrollo de una actitud de ética profesional frente al individuo sano y enfermo, frente a la comunidad y frente al equipo de salud.

## EL PROCESO

Para el desarrollo del proceso de aprendizaje en la etapa del internado se ha estimado necesaria una distribución de actividades que permita alcanzar los logros esperados. En términos generales se consideran las siguientes:

1. Actividades de atención médica intrahospitalaria, con la condición de responsable directo del cuidado de enfermos hospitalizados, así como de toda primera decisión, supervisada, frente a los enfermos a su cargo.
2. Atención de enfermos no seleccionados en policlínicos de índole general, supervisada, actividad que le debe permitir familiarizarse con la patología prevalente.
3. Actividades normadas estructuradas: visita de salas con el jefe de servicio o del sector, visita de salas con especialistas, reuniones clínicas, reuniones anatomoclínicas, participación con responsabilidad progresiva en procedimientos, seminarios casuísticos y bibliográficos.

La participación activa, con responsabilidad directa en cada una de las actividades descritas, corresponde a un proceso educativo fundamentalmente destinado al desarrollo de destrezas y actitudes, pero conlleva la adquisición de contenidos crecientes de información, que debe ser autoadquirida.

4. Actividades de lectura, lo que lleva implícita la existencia de recursos de biblioteca y reprografía suficientes.

Normalmente los internados realizan una rotación por las cuatro especialidades básicas. Nuestra Facultad contempló desde su iniciación la inclusión de una rotación extramural en forma de internado rural. Entre los objetivos fundamentales del internado rural se pueden destacar:

- El conocimiento de la morbilidad rural en base al estudio de la estructura dinámica de las comunidades rurales.
- El adiestramiento en la técnica del trabajo en equipo, con alumnos internos de otras escuelas de la Facultad, con otros funcionarios, etc.

- El adiestramiento en funciones de fomento, prevención y recuperación de la salud individual, familiar y colectiva. El desarrollo de habilidades para detectar problemas de salud y para organizar, dirigir, ejecutar y evaluar programas de salud, y el conocimiento y la comprensión de la administración de personal y el desarrollo de habilidades para solucionar problemas administrativos habituales en un hospital periférico.

Esta rotación se ha demostrado que resulta indispensable para graduados que predeciblemente tendrán que enfrentarse al tipo de situaciones señaladas y deben por tanto adquirir las destrezas y actitudes adecuadas para hacerlo.

En diversas oportunidades se ha planteado la necesidad o el interés de incluir otras rotaciones específicas, tales como salud mental y cuidado del anciano.

- *Salud mental.* Un médico general se enfrenta con poca frecuencia a una problemática de patología psiquiátrica, frente a la cual su actitud lógica debe ser reconocimiento y derivación. En cambio, muy a menudo confronta problemas de inadaptación, patología psicossomática, alcoholismo, psicosis aguda, manejo de drogas y manejo de patología crónica (por ejemplo, epilepsia), por lo que debe estar capacitado para hacerles frente.

La estructura del currículo y de períodos de enseñanza-aprendizaje de estos temas influirán en la decisión de establecer o no rotaciones de este tipo.

- *Cuidado del anciano.* El cuidado del anciano habitualmente está incluido en medicina interna, pero es discutible cuán adecuado es este enfoque o si debe considerarse como un tema independiente.

La estructura nacional de salud contempla programas específicos en esta área, pero no existen procesos individualizados efectivos que permitan formular programas de adiestramiento al respecto en el momento actual.

## EVALUACION

Se ha señalado que en la definición de un médico general indiferenciado, básico, multipotencial, es necesario distinguir distintos niveles de exigencia, lo que implica distintos niveles de dominio. Si las definiciones de objetivos específicos en el aprendizaje de pregrado están adecuadamente construidas, ellas deben especificar el grado de dominio a alcanzar.

Una técnica que permite precisar lo anterior es la descrita anteriormente con el nombre de "áreas de aptitud profesional".

Cuando se analizan distintas técnicas de evaluación es posible detectar un número de problemas frecuentes:

- Omisión de áreas críticas, que pueden desprenderse del tipo de análisis señalado anteriormente.
- Despreocupación por variables que afectan el desempeño. En toda evaluación, especialmente en el internado, deben valorarse distintas variables, tales como tipo de atención, ambiente, medios, tensión, nerviosismo, etc., situaciones todas que afectan el desempeño, pero que a su vez estarán presentes en la situación real que el futuro graduado deberá enfrentar.
- Utilización de datos referentes a resultados sin evaluación del proceso. Es frecuente ver repetir en el internado pruebas escritas o exámenes orales referidos fundamentalmente a contenidos de información. De acuerdo con lo sustentado, el esfuerzo se debe centrar en la medición de niveles taxonómicos superiores directamente ligados al desempeño, tales como capacidad de análisis de situaciones, juicio de valores, establecimiento de síntesis, orientación hacia problemas.

La utilización de evaluaciones sumativas que miden fundamentalmente la información tiende a producir efectos colaterales deformantes, especialmente si lo que se pretende es evaluar una capacidad de desempeño. Entre ellos es posible señalar como negativos los siguientes: interferencias con el aprendizaje, desconfianza hacia la evaluación, desviación del esfuerzo, espíritu competitivo inadecuado, percepción inadecuada del valor de las evaluaciones.

Distintos resultados se obtienen, en cambio, si se mide el desempeño frente a un patrón preestablecido que señale mínimos indispensables. Debe tenerse en cuenta que al fijar patrones de desempeño estos no siempre son unívocos, ni existen patrones preestablecidos universalmente compartidos. Ello puede obviarse fijando conductas mínimas consideradas indispensables y variaciones justificadas e injustificadas de patrones estándar de comportamiento.

Una metodología adecuada de medición es la auditoría de fichas clínicas. Dicha auditoría debe contemplar no solo mediciones de *resultados*—como podría ser el grado de concordancia entre el diagnóstico de ingreso y el de egreso—sino que además debe analizar *procesos*. Puede analizarse lo siguiente:

- Anamnesis y examen físico, teniendo en cuenta factores tales como relevancia, pertinencia, etc.
- Calidad de la exploratoria, incluyendo estos mismos factores y aquellos analizados anteriormente.
- Seguimiento, que debe reflejar cambios de razonamiento, introducción de nuevas hipótesis, modificaciones terapéuticas, etc.

- Epicrisis e indicaciones al momento del alta, analizando si ambas son completas, pertinentes, adecuadas, y si han sido transmitidas en forma explícita.

Otra forma de medición son las “notas de concepto”. Este tipo de medición, señalada como “subjetiva”, ha sido frecuentemente descalificada. Sin embargo, cuando es utilizada adecuadamente, ha demostrado ser más concordante que las mediciones “objetivas” en la medición de la capacidad de desempeño. Para ello es indispensable que esta nota de concepto llene algunas características, por ejemplo:

- Que sea elaborada de acuerdo con pautas.
- Que las pautas contemplen elementos de información, destrezas y actitudes.
- Que los evaluadores sean múltiples (tres o más observadores).
- Que los observadores realicen su evaluación en conjunto.
- Que la evaluación se haga inmediatamente después de cada período de observación.
- Que los períodos de observación sean repetidos en el curso de cada rotación, asignándosele carácter formativo a las mediciones intermedias del período y reservando el carácter sumativo a la evaluación final.

En las evaluaciones por monitores así descritas se detectan dos tipos de dificultades:

- La ocasional aparición de una evaluación discordante: una evaluación discordante por parte de un solo observador habitualmente refleja un problema caracterológico entre dos personas. Cuando ello ocurre, dicha nota discordante debe ser eliminada, y eventualmente debe designarse a otro observador por un período razonable.
- El efecto de “halo”: se ha señalado que los observadores tienden a sobrevalorar a aquellos individuos que muestran una disposición humana de mejor calidad, atenuando o aminorando deficiencias de información o de destrezas. Si bien esta atenuación frente a exigencias pudiera influir negativamente frente a la capacidad técnica, cabe señalar que el efecto “halo”, en cambio, constituye una medición indirecta de las características señaladas como deseables para el profesional médico.

### *Evaluación del “producto”*

Se ha señalado reiteradamente la insatisfacción por las mediciones de capacidad de desempeño “en el trabajo”. Las pruebas nacionales normadas han sido sometidas a reiteradas críticas y cuestionamientos. Además, se ha señalado la insuficiencia y poca consistencia de las mediciones a distancia.

En Chile, Venturini y colaboradores han publicado una encuesta de

autoevaluación sobre "capacidad operativa" de médicos generales de zona, detectando gran insatisfacción de ellos en este campo, lo que traduciría insuficiencias u omisiones severas en el proceso de aprendizaje. Esas "incapacidades" de desempeño obligan a revisar la etapa del proceso de internado como responsable de las insuficiencias señaladas. La Oficina de Educación Médica de la Universidad Austral está realizando un análisis similar actualizado en la X Región de Salud.

## CONCLUSIONES

El internado es el período en que se completan, sintetizan y aplican todos los logros del proceso previo de educación médica, especialmente orientado a obtener una capacidad de desempeño idóneo del profesional médico que la escuela se ha propuesto formar.

En esta etapa la entrega formal de contenidos de información es solo lateral, y la adquisición de este tipo de contenidos debe ser fundamentalmente un proceso activo de autoaprendizaje.

El internado debe orientarse especialmente a la adquisición de destrezas y a la consolidación de hábitos y actitudes. Consecuentemente, su evaluación debe estar dirigida a medir el grado de dominio de la capacidad de desempeño en términos de idoneidad.

El análisis presentado del internado plantea algunos elementos de juicio para la revisión de esta etapa de la educación médica.

## RESUMEN

En este artículo se revisan los orígenes del internado para los egresados de medicina desde principios del siglo pasado en Francia y posteriormente en los países anglosajones. En América Latina, aunque la enseñanza clínica en hospitales fue incorporada a los últimos años de la carrera ya desde 1920 y 1930, no fue hasta el decenio de 1950 que en la mayoría de las escuelas de medicina se estableció como requisito previo a la graduación.

El autor examina el internado en relación con distintos esquemas curriculares y describe su aplicación de acuerdo con el concepto adoptado por la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile, en donde se considera este período como la etapa de aplicación práctica de los conocimientos obtenidos en la fase de formación básica preclínica y clínica, y

donde el estudiante completa la adquisición de destrezas y del criterio clínico necesario para ejercer posteriormente sus funciones de médico.

Se señalan como objetivos específicos del internado relacionados con la capacitación clínica: el adiestramiento en medicina integral, el diagnóstico y manejo de la patología prevalente, el desarrollo de técnicas básicas de exámenes clínicos, de laboratorio y de formulación terapéutica, y la habilidad para resolver las urgencias clínicas.

Por último, se discuten una serie de mecanismos para la evaluación del desempeño en la etapa de internado.

#### BIBLIOGRAFIA

- Abrahamson, S. *Actividad grupal*. Los Angeles, University of Southern California, 1980.
- Barrows, H. y R. Tamblyn. *Guide to Development of Skills in Problem-Based Learning and Clinical (Diagnostic) Reasoning*. Hamilton, Ontario, Canadá, MacMaster University, Faculty of Health Sciences, 1976.
- Bloom, B. S. (ed.). *Taxonomy of Educational Objectives: The Cognitive Domain*. Nueva York, Mackay, 1956.
- Ceitlyn, J. *Estado actual de la educación médica*. Caracas, Venezuela, Federación Panamericana de Facultades (Escuelas) de Medicina, 1974.
- Centro Universitario de Tecnología Educacional para la Salud (CENTES). *Evaluación del aprendizaje*. México, D.F., CENTES, 1980.
- Clarke, R. M. Problem oriented medical education. En: *Proceedings of the Seventh Australian Medical Records Conference*. Canberra, Australian National University, 1978.
- Coggeshall, L. T. *Through Education, Planning for Medical Progress*. Evanston, Illinois, Association of American Medical Colleges, 1965.
- Cristoffanini, A. P. Educación médica continuada: problema universitario. En: *V Conferencia Panamericana de Educación Médica*. Caracas, Venezuela, FEPAFEM, 1974.
- Cristoffanini, A. P. *Tendencias actuales en educación médica*. Valdivia, Chile, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, 1981.
- Elstein, A. S. et al. *Medical Problem Solving*. Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1978.
- Engel, G. L. Biomedicine's failure to achieve Flexnerian standards of education. *J Med Educ* 53: 387-392, 1978.
- Feletti, G. I. y L. A. Fischer. Evaluation of process and product in medical education. *Programmed Learning and Educational Technology* 16: 316-321, 1978.
- Feletti, G. I. y G. Colditz. Students, assesment. *Research and Development in Higher Education* 2: 91-98, 1978.
- Fougere, M. L. (ed.). La Réforme des Études Médicales: Rapport au Ministre de la Santé et au Secrétariat d'Etat aux Universités. París, *La Documentation Française*, 1977.
- Friedman, D. (ed.). *The Use of Subjective Evaluation Instruments in Health Sciences Education*. Atlanta, Georgia, National Medical Audiovisual Center, National Library of Medicine, U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1978.
- Gjerde, C. L. "Curriculum mapping": objectives, instruction and evaluation. *J Med Educ* 56: 316-323, 1981.
- Grob, C. y A. P. Cristoffanini. Aplicación del concepto "áreas de aptitud profesional" al diseño del proceso de enseñanza-aprendizaje de la ortopedia y traumatología. *Rev Tecnol Educ (OEA)* 5: 344-350, 1979.

Helfer, R. E. y C. H. Slater. Measuring the process of solving clinical diagnostic problems. *Br J Med Educ* 5: 48-52, 1971.

Hodgkin, K. y J. D. E. Knox. Problem-Centered Learning. Londres, Churchill Livingstone, 1975.

Hubbard, J. P. (ed.). *The Tests and the Experience of the National Board of Medical Examiners*. Filadelfia, Lea and Febiger, 1978.

Katz, F. M. *Guidelines for Evaluating a Training Programme for Health Personnel*. Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud, WHO Offset Publication 38, 1978.

Lambert, S. W., Jr. Changes in medical teaching over the past century. *Bull NY Acad Med* 53: 270-277, 1976.

Littlefield, J. H., J. T. Harrington, N. E. Anthracite y R. E. Garman. A description and four-year analysis of a clinical clerkship evaluation system. *J Med Educ* 56: 334-340, 1981.

McGaghie, W., G. Miller, A. Sajid y T. Telder. *An Introduction to Competence Based Curriculum Development in Medical Education*. Chicago, Illinois, Center for Educational Development, University of Illinois at the Medical Center, 1976.

Maddison, D. *Educational and Assessment Strategies*. New Castle, Nueva Gales del Sur, Australia, Working Paper No. 1, Universidad de New Castle, 1975.

Maddison, D. Hacia una nueva enseñanza de la medicina: el experimento de New Castle. *Foro de la Salud Mundial* 1 (1,2): 156-162, 1980.

Marienfeld, R. D. y J. C. Reid. Subjective vs. objective evaluation of clinical clerks. *New Engl J Med* 302: 1036-1037, 1980.

Millis, J. *The Graduate Education of Physicians. Report of the Citizen's Commission on Graduate Medical Education*. Chicago, Illinois, American Medical Association, 1966.

Neame, R. L., y D. A. Powis. *Towards Independent Learning. Curricular Design for Assisting Students to Learn how to Learn*. New Castle, Nueva Gales del Sur, Australia, Facultad de Medicina de la Universidad de New Castle, 1980.

Purcell, E. (ed.). *World Trends in Medical Education*. The Josiah Macy Jr., Foundation. Baltimore, Md., The Johns Hopkins Press, 1971.

Shaw, M. E., B. Ackerman, N. W. McCown, et al. Interaction patterns and facilitation of peer learning. *Small Group Behaviour* 10: 214-223, 1979.

Simpson, M. A. (ed.). *Medical Education*. Londres, Butterworth, 1972.

Stevens, R. A. Graduated medical education: A continuing history. *J Med Educ* 53: 1-18, 1978.

Tosteson, D. C. Learning in medicine. *New Eng J Med* 301: 690-694, 1979.

Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina, Documentos Oficiales.

U.S. Department of Health, Education and Welfare. *Competence in Medical Professions: A Strategy*. Washington, D.C., DHEW Publication (HRA) 77-35, 1977.

---

## INTERNSHIP IN MEDICAL TRAINING (Summary)

This article reviews the origin of internship for medical school graduates since the beginning of the last century in France and later in English-speaking countries. In Latin America, though clinical instruction in hospitals was made a part of the last years of training as early as 1920 and 1930, not until the 1950s, did it become a requirement for graduation at most medical schools.

The author examines internship in relation to different curricula and describes its use based on the model adopted by the Medical School of Austral University



in Chile, where it is considered the time for practical application of the knowledge gained in preclinical and clinical training, and where the student finishes acquiring skills and forms the clinical judgement needed to practice medicine later on.

Mentioned as specific aims of internship in connection with clinical instruction are general medicine, the diagnosis and management of the prevailing pathology, the development of basic techniques for clinical examination, laboratory testing, and therapeutic prescription, and the ability to deal with clinical emergencies.

Lastly, there is a discussion of a series of procedures used to evaluate performance during the internship stage.

### O PERÍODO DE ESTÁGIO NO ESTUDO DA MEDICINA (*Résumé*)

Examinam-se neste artigo as origens do internato para os egressos de cursos de medicina, desde o começo do século passado, na França, até período posterior, nos países anglo-saxões. Na América Latina, embora o ensino clínico em hospitais tenha sido incorporado, já desde 1920 e 1930, aos últimos anos da formação médica, não foi senão até a década de 50 que a maioria das escolas de medicina o estabeleceram como requisito prévio à diplomação.

O autor examina o estágio médico em relação a diferentes esquemas curriculares e descreve sua aplicação segundo o conceito adotado pela Faculdade de Medicina da Universidade Austral do Chile, onde se considera esse período como a etapa de aplicação prática dos conhecimentos adquiridos na fase de formação básica pré-clínica e clínica, e em que o estudante completa a obtenção de aptidões e do critério clínico necessários ao posterior exercício de suas funções de médico.

Assinalam-se como objetivos específicos do estágio como interno, em relação à capacitação clínica: o treinamento em medicina integral, o diagnóstico e tratamento da patologia prevalente, o desenvolvimento de técnicas básicas de exames clínicos, de laboratório e de formulação terapêutica e a habilidade para resolver urgências clínicas.

Finalmente, discute-se uma série de mecanismos de avaliação do desempenho na etapa de interno médico.

### L'INTERNAT DANS LES ÉTUDES DE MÉDECINE (*Résumé*)

L'article examine les origines de l'internat pour les étudiants en médecine, du début du siècle dernier en France aux périodes ultérieures dans les pays anglo-saxons. En Amérique latine, si l'enseignement clinique en milieu hospitalier a été incorporé, dès 1920 et 1930, aux dernières années d'études, ce n'est qu'au cours

des années 50 qu'il est devenu une condition préalable à l'obtention du diplôme dans la plupart des écoles de médecine.

L'auteur examine l'internat par rapport aux différents programmes d'enseignement. Il décrit son application dans le cadre de la Faculté de médecine de l'Université Australe du Chili. L'internat y est considéré comme une période d'application pratique des connaissances acquises pendant la formation de base préclinique et clinique. Il permet à l'étudiant de compléter ses compétences et de renforcer son jugement clinique nécessaire à l'exercice futur de sa fonction de médecin.

L'auteur relève les objectifs spécifiques suivants en rapport avec les compétences cliniques: formation en médecine intégrale, diagnostic et manipulation de la pathologie prévalente, développement des techniques de base pour les examens cliniques, de laboratoire, et de formulation de thérapeutique et aptitude à résoudre les cas d'urgence clinique.

L'article examine enfin un ensemble de méthodes utilisées pour évaluer les résultats obtenus par les étudiants pendant l'internat.

# La "historia de salud" de pacientes o grupos como método de registro de datos

TEODORA MUÑOZ Y JULIA LERMA<sup>1</sup>

---

---

## INTRODUCCION

En los programas de capacitación de enfermeras se utilizan el proceso de enfermería, el método de solución de problemas y el método orientado por problemas para la planificación, ejecución y evaluación del cuidado de enfermería. Esta situación planteó la necesidad de establecer un método único que facilitara el aprendizaje del estudiante y que pudiera aplicarse durante el desempeño profesional.

De la revisión de los conceptos señalados, la consulta con el profesorado del Departamento de Enfermería de la Universidad del Valle, en Cali, Colombia, y las experiencias obtenidas con los métodos mencionados, resultó la "historia de salud", la cual se aplica en el manejo de individuos, familias y grupos, y puede ser utilizada por profesionales de salud para servir de registro único que garantice la mejor atención y la observación ulterior (seguimiento) de pacientes.

## ANTECEDENTES

A partir de 1968, los diferentes planes de estudio que ofrecía el Departamento de Enfermería de la Universidad del Valle (Licenciatura, Complementario de Licenciatura y Magister) incluían en sus distintas áreas la utilización del proceso de enfermería para registrar el cuidado del paciente. Este proceso fue utilizado en la docencia como una actividad de aprendizaje con diferentes enfoques hasta 1973.

Los pasos seguidos en el proceso eran los siguientes: recolección e interpretación de datos, diagnósticos de enfermería, identificación de necesidades, principios básicos, revisión de literatura, objetivos, acciones y evaluación.

---

<sup>1</sup>Departamento de Enfermería, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

En la etapa de recolección de datos, la observación del paciente y la entrevista eran los instrumentos básicos, y permitían obtener información sobre el inicio y la evolución de la enfermedad, así como algunos datos de la familia y del medio ambiente. Al registrar estos datos se insistía en la descripción detallada de la información sin uso de terminología médica. La interpretación era un paso separado y su registro no era sistemático, variando según el criterio del profesor.

El diagnóstico de enfermería se refería a una narración de síntomas, signos, procedimientos y evaluación del estado del paciente; en esta fase tampoco se utilizaba terminología médica. Con base en el diagnóstico establecido y la interpretación de datos, se identificaban las necesidades y se revisaban los principios básicos, y luego se establecían los objetivos, las acciones de enfermería y la evaluación.

A través de la experiencia docente se determinó que el diagnóstico de enfermería resultaba demasiado largo y poco funcional; que los estudiantes usaban una misma lista de necesidades para cada paciente, aunque este presentara diferentes problemas; que la formulación de objetivos, acciones y evaluación eran similares, y que la evaluación se refería al logro de los objetivos sin incluir los cambios positivos o negativos ocurridos en la persona.

Todo esto hacía que el proceso de enfermería tomara demasiado tiempo y fuera deficiente y poco práctico; que ocasionara dificultad en el aprendizaje del estudiante; que tuviera poca utilización en el servicio por falta de unificación de conceptos; que se utilizara solo a nivel individual, y que la terminología utilizada se constituyera en una barrera para la comunicación.

El método de solución de problemas se introdujo en las áreas de enfermería de 1968 a 1972 y se utilizó para resolver situaciones hipotéticas y ocasionalmente situaciones reales.

De 1973 a 1978 se utilizó el método orientado por problemas, el cual era más sencillo y útil para el aprendizaje, pero de difícil aplicación en el servicio porque requería de nuevas formas de registro y cursos de capacitación para llegar a la unificación.

Según las experiencias mencionadas y después de realizar un análisis del proceso de enfermería y del método de solución de problemas, se concluyó que estos seguían la misma metodología pero diferían en la tecnología empleada y en la capacitación de la enfermera en algunos aspectos para valorar el estado de salud del individuo.

“La historia de salud” se incluyó en las diferentes áreas de enfermería a partir de 1978, habiéndose recopilado aspectos positivos en la aplicación de los métodos descritos anteriormente.

En este documento se plantea la utilización de la historia de salud con el fin de unificar la conceptualización y el lenguaje técnico y propiciar su aplicación a los registros de las diferentes instituciones.

Se trata de un método ordenado y sistemático de recolectar información sobre el paciente, la familia o el grupo, analizarla, establecer los diagnósticos y problemas presentes, determinar el plan de conducta a seguir, evaluar los pasos anteriores y seguir al paciente, la familia o al grupo.

En la experiencia docente de estos años se ha podido observar que el método:

- es de fácil comprensión para los estudiantes, y emplea múltiples ejercicios con profesores que han utilizado otros métodos;
- es un proceso mental lógico en la determinación y registro de los diagnósticos y problemas identificados en las conductas establecidas para la solución de estos;
- constituye un instrumento de fácil comunicación con el médico, aunque necesita de divulgación para optimizar su uso;
- permite la identificación de problemas familiares, y
- es aplicable a grupos para realizar diagnósticos colectivos y proponer alternativas de solución.

## HISTORIA DE SALUD DE PACIENTES O GRUPOS

### *Concepto*

La historia de salud es la recopilación ordenada y detallada de datos de situaciones de salud, enfermedades pasadas y actuales del paciente y sus familiares que son necesarios para la identificación de problemas, el establecimiento de diagnósticos y posibles alternativas de solución y la evaluación de las mismas. Se utiliza para planificar, ejecutar y evaluar la atención de enfermería brindada al individuo, la familia y la comunidad.

La historia de salud aplica los principios del método científico, ya que abarca una serie de actividades de orden lógico, con un fin determinado.

### *Ventajas*

La historia de salud como método de registro de datos permite que esta sea:

- una experiencia de aprendizaje que conlleva la aplicación de los conocimientos, habilidades y actitudes en situaciones reales;

- un método de trabajo utilizado por los diferentes profesionales de la salud en los programas de prestación de servicios;
- una forma de información donde el personal de salud identifique las capacidades y limitaciones del paciente y su familia así como también sus progresos;
- más funcional, permitiendo una información oportuna y accesible al ser utilizada por todo el equipo profesional de salud encargado del manejo del individuo y la familia;
- un método que permite la identificación de problemas en grupos, mediante la selección de algunos parámetros en la recolección de datos.

### *Pasos a seguir*

Los pasos de la historia de salud se resumen en la figura 1 y se describen a continuación:

#### *1. Recolección de información*

Este primer paso se refiere a la recopilación ordenada de datos sobre la persona, la familia y su medio ambiente que reflejan las características propias de cada uno de ellos. La recolección de información debe ser pertinente y demanda conocimientos de ciencias afines, para lo cual es necesario la revisión continua de literatura y la consulta a profesionales en el campo de la salud. Incluye lo siguiente:

*Anamnesis:* la recolección de datos en forma ordenada, mediante la entrevista.

*Examen físico:* la recolección de datos en forma ordenada, utilizando las técnicas de inspección, palpación, percusión, auscultación y medición.

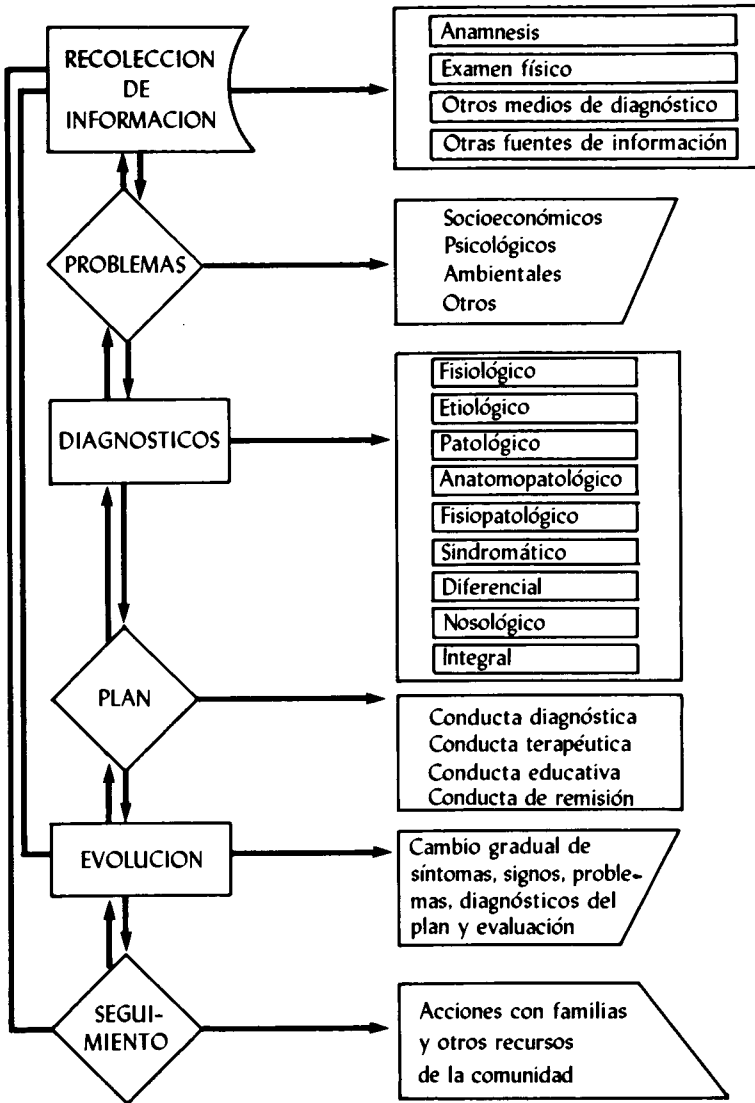
*Otros medios de diagnóstico:* pruebas especiales (como exámenes de laboratorio, rayos X, endoscopias, etc.), mediante las cuales se obtienen datos que no se pueden identificar por otros medios y que sirven para confirmar o definir condiciones encontradas en los pasos anteriores y para guiar tratamientos complejos.

*Otras fuentes de información:* los familiares del paciente, la trabajadora social, el médico, y personal de otras instituciones que proporcionen información acerca del paciente mediante la entrevista o en forma escrita.

#### *2. Identificación de problemas y establecimiento de diagnóstico*

Después de recolectar, ordenar, analizar e interpretar los datos (utilizando los conocimientos básicos obtenidos de la sociología, psicología, anatomía, fisiología, epidemiología y microbiología), se identifican pro-

Figura 1. Esquema de la historia de salud.



blemas de la persona, la familia y el medio ambiente, haciendo un listado de ellos (ya sean de orden físico, psicológico, económico y sociocultural), estableciendo prioridades, y se determina el diagnóstico.

La identificación de *problemas* se refiere específicamente a aquellos aspectos socioeconómicos, psicológicos o de otra índole del paciente, la

familia y el medio ambiente que intervienen o tienen relación directa con su situación de salud.

El *diagnóstico* consiste en la identificación de una enfermedad fundándose en los síntomas y signos presentes y en la información de los resultados de laboratorio.

Hay varios tipos de diagnóstico:

- *Fisiológico*: señala la evaluación normal del individuo en sus diferentes etapas (ejemplo: embarazo de 35 semanas por fecha de la última regla o recién nacido normal).

- *Etiológico*: señala la causa de la enfermedad (ejemplo: padecimiento producido por neumococos).

- *Patológico*: indica cómo obra la causa (ejemplo: padecimiento determinado y favorecido por un enfriamiento).

- *Anatomopatológico*: fija la localización anatómica del proceso patológico (ejemplo: proceso localizado en el pulmón derecho).

- *Fisiopatológico*: enseña las alteraciones funcionales que se han producido (ejemplo: disminución de la función respiratoria).

- *Sindromático*: agrupa los síntomas en síndromes (conjunto de síntomas y signos que existen en un momento dado y definen un estado morboso determinado) cuando hay lugar para ellos (ejemplo: síndrome de condensación pulmonar).

- *Diferencial*: diferencia las enfermedades que tienen un complejo sintomático parcialmente común, y los síntomas y signos especiales de la enfermedad que se desea identificar.

- *Nosológico*: da el nombre que en la patología se ha asignado al cuadro que se estudia (ejemplo: neumonía lobar aguda).

- *Integral*: es una recopilación de los anteriores, o sea la suma de los diagnósticos parciales; señala además el terreno en que evoluciona el padecimiento (ejemplo: padecimiento producido por neumococos cuya acción ha sido favorecida por un enfriamiento que ha atacado el pulmón derecho produciendo una disminución de la función respiratoria; se designa con el nombre de neumonía y evoluciona en un individuo desnutrido y alcohólico).

### 3. Plan

El plan se refiere al conjunto de acciones que deben realizarse en un tiempo determinado con el propósito de definir el diagnóstico o los problemas y establecer las medidas tendientes a solucionarlos.

Según el plan, el personal de salud toma decisiones para administrar, modificar o adaptar las acciones que deben realizarse de acuerdo con las características del individuo, la familia o el medio ambiente para prevenir o atenuar el riesgo de enfermedad.



Para una secuencia en el plan se han organizado sus acciones en cuatro conductas:

- *Conducta diagnóstica*: se refiere a las acciones que se realizan con el fin de aclarar o confirmar el problema (tales como las ayudas diagnósticas).
- *Conducta terapéutica*: se refiere a la terapia (farmacológica, dietética, de ejercicios, quirúrgica).
- *Conducta educativa*: se refiere a la enseñanza dada al individuo, familia y grupos referente a las conductas diagnósticas, terapéuticas, de remisión, aspectos higiénicos y de relaciones humanas.
- *Conducta de remisión*: se refiere al envío de la persona o la familia a otro profesional o a otra institución, siguiendo el sistema de referencia operante.

#### 4. *Evolución*

Este paso se refiere al cambio gradual de los signos, síntomas, características del diagnóstico o problema y los resultados del plan.

La evolución debe ser continua y modificarse de acuerdo con la solución, estabilidad, modificación de algunos diagnósticos o problemas o aparición de otros. Comprende lo siguiente:

- El concepto sobre mejoría, estabilidad o empeoramiento de los problemas.
- Resultados y análisis de exámenes de laboratorio u otros medios de diagnóstico.
- Confirmación e identificación de nuevos problemas y diagnósticos.
- Evaluación del estado de la persona.
- Formulación del plan correspondiente para estos problemas.

#### 5. *Seguimiento (observación ulterior)*

Este último paso de la historia de salud se refiere a las acciones que se ejecutan o coordinan con otros recursos para continuar el trabajo con el individuo o su familia, dentro de su ambiente familiar o de la comunidad a que pertenece. Estas acciones hacen énfasis sobre aspectos de promoción de la salud, prevención y diagnóstico precoz de nuevos problemas, y además incluyen el tratamiento y la rehabilitación.

#### *Aplicación*

A nivel *individual*, el análisis de los datos recolectados de un paciente permite la identificación de problemas y el establecimiento del diagnóstico y del plan necesario para su solución (véase el ejemplo del anexo 1).

A nivel de la *familia*, la ampliación de algunos componentes de la anamnesis, tales como el perfil del paciente y los antecedentes familiares,

permite la identificación de problemas en miembros de la familia que repercuten en el estado de salud de la persona y del grupo familiar, y que deben ser atendidos (véase el anexo 1).

A nivel de *grupos*, la selección de algunos componentes de la anamnesis, del examen físico, de los exámenes de laboratorio o una combinación de estos permite la identificación de problemas o el establecimiento de diagnósticos colectivos que requieren de soluciones; la mayoría de las veces implica la participación del grupo y la intervención de diferentes profesionales. En este nivel, el método se ha aplicado con los estudiantes de los diferentes planes de estudio, en grupos de escolares, trabajadores y otros grupos de población concentrada en instituciones (véase el ejemplo del anexo 2).

## RESUMEN

Este documento describe la "historia de salud", un método para la obtención de datos sobre pacientes, familias y grupos que ha sido desarrollado por el Departamento de Enfermería de la Universidad del Valle, en Cali, Colombia. Las autoras del trabajo señalan que el método puede ser utilizado por todos los profesionales de la salud y servir de base en las actividades de capacitación en enfermería.

En el trabajo se analizan los obstáculos que se han presentado con la aplicación de diferentes conceptos en la docencia de enfermería, así como las dificultades provocadas a veces por la falta de capacitación de la enfermera. Asimismo, se destaca la necesidad del trabajo coordinado entre las instituciones docentes y las de servicio.

Se señalan los pasos que deben seguirse en la elaboración de la historia de salud, a saber: recolección de información, definición de problemas, determinación del diagnóstico, plan a seguir, evolución y observación ulterior del paciente.

Para facilitar la comprensión de los elementos teóricos propuestos, se incluye un ejemplo de una historia de salud aplicada a nivel individual y familiar y otro de una aplicada a grupos.

Para propiciar el uso de la historia de salud por todo el equipo de salud se recomienda llevar a cabo experiencias de aprendizaje conjuntas que ayuden a definir el papel que corresponde a cada uno de sus miembros.

## BIBLIOGRAFIA

Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería de Colombia. *Proceso de atención de enfermería*. Bogotá, 1976.

Cole, P. Proceso de enfermería: Curso de cuidado ambulatorio. Departamento de Enfermería, Universidad del Valle, Cali, 1974.

Durand, M. y R. M. Prince. Diagnóstico de enfermería: proceso y decisión. Departamento de Enfermería, Universidad del Valle, Cali, 1967.

Lerma, J. y R. Santoyo. Historia clínica. Escuela de Enfermería, León, Guanajuato, México, 1976. Mimeografiado.

Levy, A. Historia clínica: curso de cuidado en enfermería de pediatría. Departamento de Enfermería, Universidad del Valle, Cali, 1975. Mimeografiado.

Martínez Cervantes, L. Clínica Propedéutica, México, D.F., Librería de Medicina, 1974.

Universidad Nacional de Colombia. *Proceso de solución de problemas*. Bogotá, 1976.

---

## ANEXO 1

### Ejemplo de historia de salud aplicada a nivel individual y familiar

#### RECOLECCION DE INFORMACION

##### 1. ANAMNESIS

###### *Datos de identificación:*

Nombre: Rosa María.

Edad: 40 años.

Estado civil: unión libre.

Educación: analfabeta.

Ocupación: oficios domésticos.

Procedencia: Buga.

Residencia: Carrera 70 No. 11-45, Siloé.

Fecha: 1 de febrero de 1980.

Historia No.: \_\_\_\_\_

Informante: la paciente, digna de crédito.

*Causa de consulta:* Dolores de cabeza hace ocho días.

*Problema actual:* Refiere cefalea pulsátil, localizada en la región temporal. Presenta episodios de cefalea frecuente, moderada desde hace dos años, localizada en la región temporal sin irradiación, ocasionalmente acompañada de vómito, que calma con reposo y analgésicos ordenados por el médico.

Actualmente presenta cefalea de iguales características, que no la incapacita para el trabajo, ni la asocia a estado de angustia. En ocasiones se automedica con "Mejoral", niega convulsiones, trauma y pérdida de conocimiento.

*Perfil del paciente:* Trabaja como aseadora en una empresa de teléfonos y gana 2.800 pesos; vive con su esposo, de 62 años de edad, jubilado de Obras Públicas, y un hijo de 24 años que trabaja en una tienda del barrio.

La casa que habita es propia, tiene dos piezas y cocina, tiene agua intradomiciliaria, el piso es de cemento. No utiliza buen recipiente para recolectar basura.

El barrio donde vive es Siloé, que tiene buen centro de salud.

La alimentación cambia poco y se puede describir así:

Desayuno: agua panela o café con leche con arepa o pan.

Almuerzo: sancocho, arroz, ocasionalmente huevo y carne; carne una vez por semana.

Comida: frijoles, arroz y plátano frito.

El esposo refiere que la señora se levanta a las 4:30 a.m. para dejar el almuerzo y desayuno listos y la casa arreglada. Sale a las 6:30 a.m. para el trabajo y regresa a las 4:00 p.m. Arregla ropa ajena porque el dinero que gana no les alcanza para su sostenimiento.

*Antecedentes personales:*

Ginecológicos: Menarca 12 años, ciclos regulares de 28 días, 4 x 4 ppd. Niega flujo. Última citología, hace ocho meses negativa. Planifica con DIU con control en el ISS. Fecha de la última regla: 28 de enero, de 1980.

Obstétricos: G<sub>3</sub> P<sub>3</sub>

Patológicos: hipertensión arterial crónica hace un año; le ordenaron medicamentos, pero no recuerda cuáles son.

Resto de antecedentes patológicos negativo.

*Antecedentes familiares:*

Padre muerto a los 70 años de edad por derrame cerebral (ACV). Dos hijos muertos a la edad de 8 y 15 meses, de infección gastrointestinal. Resto de familiares no recuerda.

*Revisión de sistemas:*

Aspectos generales: refiere sudoración profusa, oleadas de calor y ocasionalmente irritada.

Músculo esquelético: en extremidades inferiores informa que tiene várices, cansancio, sensación de ardor y calambres, se ha dado unos "baños calientes" que le han aconsejado las amigas.

Resto de revisión de sistemas: negativo.

## 2. EXAMEN FISICO

*Signos vitales:*

Tensión arterial: 180/100 sentada, 180/110 acostada.

Pulso: 80 por minuto.

Respiración: 18 por minuto.

Peso: 72 kg.

Talla: 1,50 metros.

*Apariencia general:*

Paciente obesa, baja, pálida, bien conformada, no aparenta enfermedad aguda. Parece de más edad que la que tiene. Se muestra colaboradora.

Boca: Adoncia total en maxilar.

Cuello: pulsos carotídeos presentes y simétricos, no ingurgitación yugular.

Corazón: PMI (punto máximo de impulso) no visible, palpable en 5° EII-LMC (Espacio intercostal izquierdo-Línea media clavicular). FC (frecuencia cardiaca) 82 por minuto, ruidos bien timbrados, ritmo regular, no soplos.

Pulmones: bien ventilados, no hay ruidos agregados.

Extremidades inferiores: várices en cara lateral de ambas piernas, pulsos presentes y simétricos, temperatura conservada, no hay cambios en la piel.

## 3. DIAGNOSTICOS Y PROBLEMAS

1. Hipertensión arterial (nosológico).
2. Obesidad por dieta a base de carbohidratos (nosológico y fisiopatológico).
3. Adoncia total en maxilar superior (anatomopatológico).

4. Várices poco pronunciadas en miembros inferiores, favorecidas por embarazos, sin complicaciones (integral).
5. Esposo jubilado.
6. Desconocimiento de la adecuada disposición de basuras (problema).

#### 4. PLAN

##### No. 1. Hipertensión moderada:

- a) Exámenes de laboratorio: parcial de orina, glicemia, creatinina y colesterol.
- b) Terapéutica: dieta hiposódica y de reducción de peso (1.500 calorías).
- c) Enseñanza sobre exámenes de laboratorio y cómo recoger la muestra de orina, plan de dieta de acuerdo con el peso. Importancia de asistir al control médico.
- d) Remisión al médico y se le recomienda que lleve los resultados de los exámenes.

##### No. 2. Obesidad:

- a) Glicemia.
- b) Terapéutica: dieta (1.200 calorías), plan de ejercicios.
- c) Enseñanza sobre el plan de dieta a base de alimentos que consume. Disminución de grasa en los alimentos. Caminatas de 15 minutos diariamente hasta el próximo control.

##### No. 3. Adoncia total en maxilar:

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) Enseñanza sobre uso de dietas blandas, higiene oral.
- d) Remisión al servicio de odontología del Instituto de Seguridad Social (ISS).

##### No. 4. Várices en miembros inferiores sin complicaciones:

- a) Obtener información sobre cirugía ambulatoria en el ISS.
- b) \_\_\_\_\_
- c) Enseñanza sobre importancia del descanso y cómo realizarlo. Miembros inferiores en alto. Realizar algunas actividades del hogar sentada (por ejemplo, planchar, pelar las legumbres, etc.).

##### No. 5. Esposo jubilado:

- a) Recoger más información sobre actividad, intereses y estado anímico del esposo.
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_

##### No. 6. Desconocimiento de la adecuada disposición de basuras:

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) Enseñanza sobre importancia de recolección adecuada de basuras (tarro con tapa y ubicación de este en el hogar).

#### 5. EVOLUCION

##### Anamnesis:

La cefalea ha disminuido. La paciente dice que está consumiendo dieta blanda, hiposódica, y que desde el último control no consume arroz ni plátano frito. Fue al médico del ISS quien le ordenó hidroclorotiazida (50 mg/día) y la toma cumplidamente.

Empezó caminatas diarias acompañada de su esposo; no ha seguido las recomendaciones de descanso y elevación de miembros inferiores. El hijo les compró el tarro de basura, que colocaron en el patio. El esposo gusta de caminar diariamente, ver televisión, arreglar el jardín, sembrar plantas ornamentales, cocinar y establecer buenas relaciones con la mayoría de las personas. La esposa piensa que él puede iniciar en su casa una venta de helados que le permita aumentar un poco sus ingresos.

*Examen físico:*

Tensión arterial: 160/95 de pie y acostada.  
Pulso: 80 por minuto.  
Respiración: 18 por minuto.  
Peso: 70 kg.  
Resto del examen físico: negativo.

*Exámenes de laboratorio:*

Parcial de orina:	Negativo	Valores normales.
Colesterol:	80 mg %	135-315 mg %
Glicemia:	80 mg %	80-120 mg %
Creatinina:	1,0 mg %	1,0-2,0 mg %

6. *EVALUACION*

Paciente en control de la hipertensión arterial y siguiendo las indicaciones. Ha disminuido de peso y de tensión arterial. No ha seguido indicaciones sobre las várices, y está pendiente la atención de la adoncia. El esposo muestra interés en instalar una venta de helados en casa.

*Plan:*

- Continuar tomando hidroclorotiazida (50 mg/día).
  - Continuar con la dieta hiposódica, correr durante cinco minutos y caminar 10 minutos.
  - Enseñanza sobre su enfermedad, importancia de tomarse el medicamento diariamente a las 8:00 a.m. Se le recomienda la ingestión de algunas frutas y disminuir el consumo de huevo a uno por semana, reglamentariamente.
  - Tener en cuenta la importancia de los dientes en la digestión de los alimentos y la higiene oral.
  - Tener en cuenta la necesidad de períodos de descanso y de realizar algunas actividades sentada; se remite al servicio de consulta externa del ISS con cita para la semana siguiente.
  - Respecto al tarro de basura se le insiste en la importancia de asearlo cada vez que la bota y de mantenerlo tapado.
- Se continuará el control de la paciente cada mes con atención de enfermería y cada tres meses con atención del médico o según se presente la necesidad.

7. *SEGUIMIENTO*

Se planean visitas a la casa para continuar el trabajo con la familia, igualmente se trabajará con la paciente para conseguir cita en el centro de salud a aquellos miembros de la familia que la necesiten.

Se dará énfasis a la enseñanza sobre hábitos higiénicos y medidas de saneamiento. Se observarán las actividades del esposo y sus logros en la venta de helados.

---

## ANEXO 2

### Ejemplo de historia de salud aplicada a grupos

#### *Anamnesis:*

Grupo: 40 escolares de cuarto año de primaria de la Escuela "Manuela Beltrán".

Edad: el total de escolares se encuentra entre los 10 y 14 años.

Sexo: el 27,5% son hombres.

#### *Examen físico:*

Agudeza visual: normal en el 37,5% de los escolares. De los 25 restantes (62,5%) cinco presentaron disminución de agudeza visual en ambos ojos; ocho en el ojo izquierdo y 12 en el derecho.

#### *Diagnóstico:*

Disminución de agudeza visual en el 62,5% de los 40 escolares.

#### *Plan:*

- Conducta diagnóstica: ampliar datos de revisión de sistemas en algunos niños.
- Conducta educativa: información de los resultados a padres y maestros. Establecimiento de medidas individuales (tales como uso de lentes, cambio de lugar en el salón, iluminación del lugar donde trabaja el niño, postura durante la lectura).
- Conducta de remisión: enviar al oftalmólogo según hallazgos.

---

### THE "HEALTH HISTORY" OF PATIENTS AND GROUPS AS A DATA RECORDING METHOD (*Summary*)

This paper describes the "health history", a method for obtaining data on patients, families and groups developed by the Nursing Department of Valle University, in Cali, Colombia. According to the authors, the method can be used by all health professionals and serve as a basis for nurse training.

It discusses the obstacles that have arisen with the application of different concepts in nursing instruction and the difficulties that are sometimes caused when the nurse is insufficiently trained. It also dwells on the need for coordination between teaching and service institutions.

The paper gives the sequence of steps to be followed in compiling the health history, as follows: collection of the information, statement of the problems, diagnosis, the plan to be followed, and progress and observation of the patient.

Specimen health histories, one for an individual and family and the other for a group, are included to illustrate the theoretical aspects.

To promote the use of the health history by the entire health team it is recom-

mended that collective learning exercises be conducted to help define the roles of its different members.

### O "HISTÓRICO DE SAÚDE" DE PACIENTES OU GRUPOS COMO MÉTODO DE REGISTRO DE DADOS (*Resumo*)

Este documento descreve o "histórico de saúde", um método para obtenção de dados sobre pacientes, famílias e grupos desenvolvido pelo Departamento de Enfermagem da Universidade do Vale, em Cali, Colômbia. As autoras do trabalho assinalam que o método pode ser utilizado por todos os profissionais da saúde e servir de base nas atividades de capacitação em enfermagem.

O trabalho analisa os obstáculos que surgiram na aplicação de diversos conceitos no ensino da enfermagem, bem como as dificuldades provocadas às vezes pela falta de capacitação da enfermeira. Também se destaca a necessidade de um trabalho coordenado entre as instituições docentes e de serviço.

Assinalam-se os passos que devem ser seguidos na elaboração do histórico de saúde, a saber: coleta de informações, definição de problemas, determinação do diagnóstico, plano a ser seguido, evolução e observação ulterior do paciente.

Para facilitar a compreensão dos elementos teóricos propostos, incluiu-se um exemplo de histórico de saúde aplicado a nível individual e familiar, e outro aplicado a grupos.

Para propiciar o uso do histórico de saúde por toda a equipe de saúde, recomenda-se efetuar experiências de aprendizagem conjuntas que ajudem a definir o papel que corresponde a cada um de seus membros.

### "L'HISTOIRE DE LA SANTÉ" DE PATIENTS OU DE GROUPES DE PATIENTS COMME MÉTHODE D'ENREGISTREMENT DE DONNÉES (*Résumé*)

Ce document décrit "l'histoire de la santé", méthode utilisée pour l'obtention de données sur les patients, familles ou groupes, qui a été mise au point par le Département de soins infirmiers de l'université d'El Valle à Cali, Colombie. Les auteurs de cet ouvrage signalent que cette méthode peut être utilisée par tous les professionnels de la santé et servir de base aux activités de formation de personnel infirmier.

Cet ouvrage analyse les obstacles auxquels s'est heurtée l'application de différents concepts lors de la formation de personnel infirmier ainsi que les difficultés causées parfois par le manque de qualifications de l'infirmière. Il souligne également la nécessité d'une action coordonnée entre les établissements de formation et les établissements de soins.



Il indique la marche à suivre pour l'élaboration de "l'histoire de la santé", à savoir: collecte d'informations, définition des problèmes, détermination du diagnostic, plan à suivre, évolution et observation ultérieure du patient.

Pour faciliter la compréhension des éléments théoriques proposés, il présente un exemple d'histoire de la santé appliqué au niveau individuel et familial et un autre appliqué à des groupes.

Pour permettre l'utilisation de l'histoire de la santé par toute l'équipe de santé, il est recommandé de procéder à des expériences d'apprentissage conjoint afin d'aider à définir le rôle qui incombe à chaque membre de l'équipe.

# Cooperación técnica para la planificación de recursos de personal de salud<sup>1</sup>

DEV RAY<sup>2</sup>

---

---

## INTRODUCCION

El objetivo de la planificación de recursos de personal es disponer en el momento y lugar oportunos del número adecuado de personal debidamente capacitado para la prestación de servicios. Ese tipo de planificación no es ni nueva ni rara. No suele ser, sin embargo, muy eficaz, sobre todo en el sector de la salud.

¿Cuál es la razón? En primer término, el personal—al contrario de lo que ocurre con el equipo o los suministros, por ejemplo—constituye un tipo de recursos que, por su propia naturaleza, resulta de planificación compleja y difícil en cualquier sector. Hay, en segundo lugar, numerosas deficiencias en el proceso de planificación tal y como este suele tener lugar. Un defecto típico es la falta de sincronización entre la planificación de recursos de personal y la formulación de planes de salud, lo que da lugar a que los recursos no sigan un desarrollo paralelo y a que no se utilice debidamente al personal capacitado. Por ejemplo, un hospital nuevo y de costosa construcción puede permanecer inutilizado por falta de personal de enfermería. Otro defecto consiste en que la planificación de recursos de personal suele concentrarse en una serie de proyecciones y reajustes para combinar el total necesario de personal de salud con el total disponible. Al efectuar esas proyecciones cuantitativas los planificadores de recursos de personal han olvidado con frecuencia otros elementos igualmente esenciales, como la correspondencia entre los programas docentes y las necesidades de los servicios de salud, la productividad del personal, la delegación descendente de funciones y la distribución de los recursos de personal. Incluso en los países donde se efectúa sistemáticamente la planificación de salud o la programación sanitaria nacional (1),

---

<sup>1</sup>Tomado de *Crónica de la OMS* 35:193-196, 1981.

<sup>2</sup>Jefe, Planificación de Recursos de Personal de Salud, División de Formación de Personal de Salud, OMS, Ginebra, Suiza.

la planificación de recursos de personal es con frecuencia insuficiente por ser demasiado reducido el horizonte de la planificación. Un quinquenio, periodo normal para un plan de salud, difícilmente permite una auténtica planificación de los recursos de personal, sobre todo en el caso de los profesionales de salud cuya formación dura 7 u 8 años, en el supuesto de que existan las instituciones y el personal docentes indispensables, lo que no siempre ocurre. Por último, la planificación de recursos de personal, como la planificación de salud en general, tiende a darse por terminada una vez que se formulan los planes, en lugar de quedar vinculada a un proceso administrativo continuo de ejecución y evaluación de programas.

### NUEVOS CRITERIOS DE LA OMS

Habida cuenta de esas considerables deficiencias de la planificación de recursos de personal de salud, así como de la creciente conciencia que los países adquieren del elevado costo de los planes inadecuados, cabe preguntarse qué función ha desempeñado la OMS. A fines del decenio de 1960 y en el curso del decenio de 1970, la OMS organizó numerosos seminarios y simposios nacionales e internacionales en los que los participantes estudiaron diversas cuestiones, como el cálculo de las necesidades y disponibilidades de personal, los sistemas de información sobre recursos de personal, los aspectos demográficos y la disponibilidad de recursos de personal de salud y otros aspectos del tema. Al propio tiempo, y en espera de que se estableciesen en los distintos países Miembros de la OMS cuadros de planificadores de recursos de personal de salud, la Organización facilitó a los países que lo solicitaron servicios de consultores y de personal para establecer, previa consulta con todas las partes interesadas, planes de recursos de personal para los servicios de salud de cada país.

Estos esfuerzos específicos, no obstante su utilidad, no han resultado a la larga plenamente eficaces. Los seminarios, al no ir seguidos de un ejercicio efectivo de planificación de recursos de personal de salud, resultaron demasiado académicos; los temas se presentaban aisladamente y no en el orden y contexto reales en que ha de actuar un planificador de recursos de personal. Además, los seminarios han solido organizarse a nivel interpaíses, con el resultado de que raramente ha habido suficientes nacionales adiestrados del mismo país para poder influir en la capacidad nacional de planificación. Por otra parte, la provisión de consultores para establecer los planes reales de recursos de personal se ha ido considerando cada vez más como una forma de ayuda anticuada; responde, en efecto, a la noción

de asistencia técnica y al mecanismo de ayuda de un donante a un beneficiario, más bien que a la noción de cooperación técnica entre participantes, nuevo criterio que la Organización estaba tratando de adoptar.

En esa convicción de la necesidad de un nuevo criterio se fundó el primer esfuerzo desplegado para desarrollar una serie de normas de planificación de recursos de personal de salud que sirvieron de complemento a una publicación precedente de la OMS sobre el tema (2) y que pudieron utilizarse lo mismo como manual de estudios que como instrumento efectivo de planificación. Utilizadas a nivel nacional, esas normas podrían facilitar el adiestramiento de "una masa crítica" de planificadores de recursos de personal que se encargarían luego de establecer un plan de recursos de personal, haciendo así innecesarios los servicios de un consultor.

#### *Seminarios más planificación: aprender actuando*

El criterio actualmente seguido es el de organizar cursos nacionales de adiestramiento (sea en forma de grupos de trabajo o de seminarios) al cabo de los cuales el personal nacional recientemente adiestrado formula su propio plan de recursos de personal de salud para el país. Esta aplicación inmediata de los conocimientos recientemente adquiridos por los alumnos intensifica sus motivaciones para aprender, además de dar como resultado un plan de recursos de personal de utilidad práctica para su propio país. De conformidad con el criterio de la cooperación técnica, el personal de la OMS se limita a actuar en los grupos de trabajo como elemento catalizador. Igual función asume durante la formulación del plan nacional de recursos de personal, fase en la que a veces no participa en absoluto; en efecto, es frecuente que esta fase esté enteramente a cargo de personal nacional.

El curso se destina a personal administrativo y docente relacionado con la iniciación, dirección o ejecución de trabajos de planificación o con las actividades de adiestramiento en planificación de recursos de personal de salud. Los participantes pueden proceder de medios nacionales, regionales o locales, pero para que la segunda fase (formulación de un plan de recursos de personal de salud) sea fructuosa, los participantes han de ocupar puestos en el nivel de adopción de decisiones.

Las normas (3) constituyen una serie de diez fases de procedimiento para planificar los recursos de personal de salud y se han establecido después de efectuar un buen número de ensayos prácticos en muy diversos grupos de trabajo nacionales. Concebidas como un manual de estudios

con material teórico, ejemplos prácticos y ejercicios, las normas pueden utilizarse como elemento de base para un cursillo de adiestramiento de 12 sesiones, cada una de las cuales durará media jornada. Las normas también están concebidas para su uso en la fase de formulación que sigue a los seminarios nacionales.

Supuesto básico del nuevo método es el entendimiento de que los cursos nacionales son mejores que los internacionales para el adiestramiento en planificación de recursos de personal. No obstante, se necesita organizar además seminarios interpaíses para promover los principios de la planificación sistemática de recursos de personal y para adiestrar a posibles instructores. A veces, con objeto de facilitar el intercambio de experiencias, un seminario interpaíses organizado en una región incluye a observadores de otras regiones, al igual que los seminarios nacionales cuentan a veces con participantes de otros países. Por su parte, el personal de la OMS que trabaja en los países asiste a ambos tipos de seminarios, con lo que adquiere una capacitación que le permite dar apoyo técnico a la planificación de recursos de personal de salud efectuada por el personal nacional en los países donde el personal de la OMS está destinado.

## EL METODO EN SU APLICACION PRACTICA

Importa repetir que el cursillo o seminario de adiestramiento no es un fin en sí mismo, sino la fase preliminar de la formulación de un verdadero plan de recursos de personal en la que participan planificadores, administradores y educadores nacionales. Igual que sucede en todo seminario, se necesita cierto volumen de trabajo preparatorio que, en este caso, será mayor, si se tiene en cuenta la necesidad de preparar el terreno para el ejercicio de formulación en el que el seminario desemboca. Permítaseme, para ilustrar lo que antecede, recurrir a mi experiencia personal y describir ese proceso tal y como tuvo lugar en un país.

El coordinador de programas de la OMS destinado en dicho país conocía de antiguo la necesidad que en este había de establecer un cuadro de planificadores de recursos de personal de salud, necesidad que el coordinador estudió con personal directivo nacional y con sus colegas de la OMS, de los que yo mismo formaba parte, durante más de un año. Sobre esa base, el coordinador, en colaboración con la Oficina Regional, formuló un proyecto conjunto de organización de un seminario y un ejercicio de planificación de recursos de personal, en los que participarían el Ministerio de Salud y la principal institución docente del país para per-

sonal de salud. Al propio tiempo, se aseguró el oportuno concurso financiero mediante contactos personales entre la OMS y una entidad de asistencia bilateral que operaba en el país.

El seminario duró una semana y se celebró en la capital del país. Los participantes constituían un corte transversal correspondiente a personal intermedio y superior de los ministerios de salud, finanzas, administración pública y educación, de la institución antes mencionada y de la comisión nacional de planificación. También participaron en el seminario representantes de la asociación médica nacional, del personal de ciertas organizaciones no gubernamentales que trabajan en el país (incluida la entidad mencionada de asistencia bilateral) y el personal de la OMS también destinado en el país y procedente tanto de la Oficina Regional como de la Sede. Los participantes siguieron un programa de formación sobre principios teóricos y prácticos de la planificación de recursos de personal basado en las normas.

Una vez concluido el seminario, se retuvo en misión especial a un núcleo de participantes encargados de formular un plan de recursos de personal de salud para el país. Se nombró un comité directivo encargado de orientar la formulación, de examinar en cada fase el trabajo del grupo responsable y de pronunciarse acerca de las recomendaciones finales del grupo. Se partía del supuesto de que ese ejercicio de formulación serviría de base para el continuo desarrollo de actividades de planificación de recursos de personal de salud.

Para que la descripción precedente no resulte demasiado halagüeña, añadiré que surgieron numerosos problemas que hubieron de resolverse sobre el terreno, frecuentemente por medio de intervenciones personales. Por ejemplo, la participación activa de algunos funcionarios superiores solo pudo conseguirse después de repetidas gestiones; los participantes tenían interpretaciones conflictivas, que fue necesario reconciliar, de los problemas reales de recursos de personal del país y de las soluciones correspondientes; por último, fue necesario desplegar enérgicos esfuerzos para convencer a muchos participantes de que sus propias disponibilidades de personal no resultarían reducidas como consecuencia del plan de recursos de personal.

## CONCLUSION

La experiencia descrita corresponde a un país; de hecho la organización y la práctica de los seminarios y de los ejercicios de formulación

varían necesariamente de un país a otro, del mismo modo que las fases de procedimiento descritas en las normas han de adaptarse en cada caso a la situación local. Sin embargo, los principios de base parecen ser satisfactorios. La combinación de los seminarios y de los ejercicios de formulación permite obtener un cuadro de planificadores de recursos de personal verdaderamente capacitados y un plan de recursos de personal de salud realmente preparado por ellos. El personal de la OMS que ha actuado como elemento catalizador del proceso puede incluso no estar de acuerdo con el plan definitivo. En todo caso, ese personal es pronto olvidado: ha conseguido hacerse innecesario gracias a la cooperación técnica.

La estrategia mundial de salud para todos en el año 2000 (4) exige que se planifiquen los recursos de personal de salud para atender específicamente las necesidades del sistema de salud y que se examinen los programas de formación teniendo en cuenta las proyecciones del número, tipos y calidad del personal requerido. La planificación de recursos de personal de salud es, en consecuencia, parte integrante de un proceso administrativo de conjunto (5) y deberá combinarse con las actividades de planificación, programación, establecimiento de presupuestos y evaluación. Sin embargo, teniendo en cuenta la especial complejidad de la planificación de este tipo de recursos, los países pueden tener necesidad de desarrollar por separado la planificación de recursos de personal de salud, paralelamente a otros procesos de gestión hasta que su plena integración sea posible. Es de esperar que la planificación de los principios de cooperación aquí descritos ayude a los países a conseguir ese objetivo.

## RESUMEN

La planificación de recursos de personal de salud es un aspecto particularmente complejo y absorbente de la planificación sanitaria respecto del cual la OMS aporta desde hace tiempo asistencia técnica organizando seminarios y reuniones y facilitando servicios de consultores para el establecimiento de planes nacionales de recursos de personal.

Consciente de las deficiencias de ese método, la Organización ha empezado a ofrecer adiestramiento más sistemático y práctico en planificación de recursos de personal de salud a personal de los países, que asume después la responsabilidad de preparar estos planes de recursos de personal. Opera ahí un cambio de la noción de asistencia técnica a la de cooperación técnica, según se expone en el presente artículo. El personal de la OMS se limita a actuar como elemento catalizador en los grupos de

trabajo, asumiendo una función similar durante la formulación del plan nacional de recursos de personal de salud, si es que participa en esta fase, la cual con frecuencia está enteramente a cargo de personal nacional.

#### REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. *Crónica de la OMS* 33: 518-524, 1979.
- (2) Hall, T. L. y A. Mejía. *Planificación del personal de salud: principios, métodos y problemas*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978.
- (3) Hornby, P. et al. *Guidelines for Health Manpower Planning: A Course Book*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1980. (Ediciones en español y francés en preparación).
- (4) Organización Mundial de la Salud. *Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000*. Ginebra, 1981. Serie "Salud para todos", No. 3.
- (5) Organización Mundial de la Salud. *Proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud: normas fundamentales*. Ginebra, 1981. Serie "Salud para todos", No. 5.

---

#### TECHNICAL COOPERATION IN HEALTH MANPOWER PLANNING (Summary)

Health manpower planning is a particularly complex and demanding aspect of health planning for which WHO long provided technical assistance by organizing meetings and seminars and furnishing consulting services for the establishment of national manpower plans.

Aware of the shortcomings of that method, the Organization has started offering more systematic and practical training in health manpower planning for personnel of the countries, who then take over the drawing up of manpower plans there. In so doing it has made a conceptual shift from technical assistance to technical cooperation, as the article explains. In working groups WHO staff act just as catalysts, and perform a similar function in the formulation of the national health manpower plan—if they participate at all in this phase, which is often carried out entirely by national personnel.

#### COOPERAÇÃO TÉCNICA PARA O PLANEJAMENTO DE PESSOAL DE SAÚDE (Resumo)

O planejamento de recursos de pessoal de saúde é um aspecto particularmente complexo e absorvente do planejamento sanitário, para o qual a OMS vem contribuindo com assistência técnica, organizando seminários e reuniões e facilitan-



do serviços de consultores para o estabelecimento de planos nacionais de recursos de pessoal.

Consciente das deficiências desse método, a Organização começou a oferecer treinamento mais sistemático e prático em planejamento de recursos de pessoal de saúde a funcionários dos países, que a seguir assumem a responsabilidade de preparação nesses planos de recursos de pessoal. Ocorre aqui uma passagem da noção de assistência técnica para a de cooperação técnica, segundo exposto no presente artigo. O pessoal da OMS limita-se a agir como elemento catalisador nos grupos de trabalho, assumindo função similar durante a formulação do plano nacional de recursos de pessoal de saúde, se é que participa desta fase, a qual, com frequência, está inteiramente a cargo do pessoal nacional.

### COOPÉRATION TECHNIQUE POUR LA PLANIFICATION DES RESSOURCES EN PERSONNEL DE SANTÉ (*Résumé*)

La planification des ressources en personnel de santé est un aspect particulièrement complexe et minutieux de la planification sanitaire, auquel l'OMS accorde depuis longtemps une assistance technique, en organisant des séminaires et des réunions et en facilitant les services de consultants pour l'établissement de plans nationaux en matière de ressources en personnel.

Consciente des insuffisances de cette forme d'action, l'Organisation a commencé à dispenser une formation plus systématique et pratique pour la planification des ressources en personnel de santé au personnel intéressé des pays, qui assume ensuite la responsabilité de préparer la planification des ressources en personnel. Cela représente une évolution de la notion d'assistance technique à celle de coopération technique, comme il est exposé dans le présent article. Le personnel de l'OMS se borne à faire fonction d'agent catalyseur sur les groupes de travail, exerçant une fonction analogue lors de la formulation du plan national en matière de ressources en personnel de santé, lorsqu'il participe à cette phase, qui est souvent laissée entièrement à la charge du personnel national.

# Cognitive learning in the health sciences: a case for self-instruction

BRUCE GOULD<sup>1</sup>

---

---

## INTRODUCTION

Health sciences education is fundamental to the provision of quality health services, and represents a continuing documentation of one of the most challenging and exciting developments in systematized education—the increasing emphasis on self-learning and self-regulation in the instructional process.

We are now clearly in the midst of a knowledge utilization dilemma. The body of biomedical knowledge is so large and changes so rapidly that adequate coverage is impossible. Yet, education in the health professions has been slow to change. The traditional teacher-centered approach to content coverage is still emphasized in both pre-professional and continuing education programs. A more important educational goal than content coverage is to teach students how to learn independently so that they will be prepared to deal with changing biomedical knowledge throughout their professional careers.

For every aspiring and practicing health professional, there is the need for a better means of knowledge acquisition and renewal. Traditional methods will continue to prove inadequate as knowledge continues to expand and techniques become more diversified. Most education will need to shift toward a learner-centered approach through carefully developed, critically tested, and carefully used methods. Such a change cannot be adopted by merely restructuring the curriculum in some more fashionable mode or introducing more varied instructional technology; it requires fundamental changes in educational planning and decision-making as well as in teaching practices.

---

<sup>1</sup>Clinical Associate Professor, Department of Allied Health Resources, School of Allied Health Professions, Health Sciences Center (Level 2-052), State University of New York at Stony Brook, Long Island, New York.

## CURRICULUM PLANNING

In the past, those involved in academic affairs associated with curriculum planning generally made organizational decisions. They manipulated blocks of subject matter (content) or academic time units. But these kinds of decisions are merely tactical; decisions required in an accountable curriculum model should deal with the level of professional competence that must be achieved in order to qualify for credentialing. Curriculum decisions should stress performance, not subject organization or assignment of time.

The process of curriculum development employed by faculty usually begins with the identification of the areas in which competence should have been acquired by health professions students by the end of their schooling program. Once agreement has been reached on this score, specific learning objectives should be delineated, with the organization of clusters of learning activities, through which these objectives might be achieved. These should follow a set of instructional decisions (e.g. lecture, self-instruction) through which the curriculum can be implemented: the specifics of who will do what and when, in other words, the curriculum plan.

Curriculum decisions such as these focus on the student, not the teacher, and the resulting thrust of instruction is designed to facilitate certain learning outcomes in terms of performance and competence—not courses and content. Health professions students who embark on such a program can shift their energies from memorizing facts to acquiring the competence that clinical practice requires. They can become actively involved in meaningful learning and take much of the responsibility for it while being guided and tutored by faculty members. Since demonstration of defined learning rather than passing through a specified set of instructional experiences is emphasized, students, faculty, and administration alike can be freed somewhat from the artificial constraints of instructional time and sequence.

Most curriculum plans take the form of descriptive course outlines, the content to be covered in them, the time assigned to them, and the instructional methods to be employed. Such a document usually guides faculty in preparing their instruction, tells students where to go and what experiences to expect, and provides external reviewers with the kind of evidence that is generally sought when evaluations are made of educational faculty. But it tells none of these individuals or groups what the product of the curriculum is intended to be. In contrast, self-instructional modules—re-

ardless of the form they take (programmed instruction, computer-assisted instruction (CAI), and so forth) require very deliberate analyses of content and sequencing. Learning objectives must be stated in terms of behavioral results to be attained by students. Such descriptions not only focus on learning outcomes to be achieved and the varied resources to which students may regularly turn, but also on the different modes of learning which may be available. This approach would serve to remind faculty that there is no single curriculum optimal for all students and hopefully would encourage faculty to create options and alternatives for students rather than continue to pursue the unreachable goal of *the* curriculum. It would provide students with a definitive guide as to what they are expected to become, not merely what they are expected to do. And it would serve external reviewers (as well as internal faculty and administration) as a point of reference for judging educational quality in terms of planned learning outcomes rather than designed instructional content.

The task of evaluating student achievement is also substantially simplified since self-learning modules provide for immediate identification of errors and appropriate remediation. Also, evaluation input is continuous from the beginning to the end of the learning sequence. This provides for continuous reinforcement of correct responses and usually enhances the learner's confidence.

## FACULTY DEVELOPMENT

Most health professions faculty have had minimal preparation for the teaching responsibilities associated with the development and implementation of self-instructional programs, and they often express interest in acquiring more information and skills in this area of educational methodology. For example, the Association of Medical Colleges Faculty Development Survey (Final Report 1977) describes the following major findings:

- Faculty have had little formal preparation for their roles as teachers. It is estimated that only 21 per cent have taken education courses and that only 39 per cent have ever attended an educational workshop.
- Faculty make considerably more use of traditional than "innovative" instructional methods. For example, 56 per cent use lecturing on a frequent basis, while only 6 per cent use CAI frequently.
- Faculty are not thorough in their management of the instructional process. They gather little background on their students, are not explicit concerning their

expectations for students, and are less than systematic in their evaluation practices (1).

The survey findings are based on a 71 per cent response rate from 2,700 faculty sampled from a total population of 28,293 full-time medical school faculty with teaching responsibility for undergraduates. With few exceptions, one can generalize these findings to include most health professions groups. A need is thereby created for educationists with specialized training who can work cooperatively with clinical faculty in designing, developing, implementing, and evaluating educational programming in needed areas. Much greater emphasis should be placed on the systematic application of educational science to problems of health science education if we are to transcend the relatively primitive efforts undertaken in educational research and development in the past 20 years.

Current data show that 92 per cent of the educational institutions in the health professions are involved in educational development activities (2). Although faculty indicate a desire for information and support in their teaching efforts, most of these institutions are not presently benefiting from the support of formal units of educational research and development. Such units typically are capable of providing support services in curriculum development, instructional development, instructional materials development, faculty development, and evaluation. The resources required are usually modest when compared with the total operating budget of the academic program being served and in terms of the impact such units should have in improving efficiency and effectiveness with which instructional programs are conducted.

## FACT GATHERING VS INQUIRY

Health professions education today involves too little thinking and problem solving. In a recent article, Ludwig Eichna, a physician who returned to medical school to gain a better grasp of contemporary problems in medical education, states that the educational process consists largely of too many facts in too little time (3). Students attend medical school inculcated with this concept by previous education (especially colleges) where facts and examinations are a way of life. The clinical years perpetuate non-thinking while inordinate amounts of time are spent on mechanical "doing." Eichna points out that facts are essential and recognizes that problems cannot be solved without their sequential arrangement. But in medicine, the answer may not be there even after the facts are ar-

ranged. Students must learn to handle uncertainty; that too is medicine. Emphasis on facts does not teach this aspect of medicine any more than it teaches problem solving, and every patient presents a problem to be solved. It is vital to replace the concept of learning as fact gathering with the concept of education as inquisitiveness, sequential thought, problem solving, and the satisfactions that result (4).

Learning is a thinking, problem-solving process that requires time. In order to make more time for such learning processes to occur, time spent on learning factual content should be reduced without compromising the quality or quantity of the information gained. Attempts should therefore be made to utilize more effective ways of communicating factual information to students. Unlike many areas of education where most content can safely be forgotten, the health professions require long-term retention of significant amounts of detailed factual and theoretical knowledge. Studies by Ausubel and others have concluded that well-organized presentations followed by opportunities for drill and practice enhance the long-term retention of subject matter knowledge (5). Programmed instruction and CAI represent two excellent forms of self-instruction with these very attributes.

## PROGRAMMED INSTRUCTION

Programmed instruction techniques have been employed successfully with both low and high ability students in several health service areas including some of the more advanced areas of medicine.

Programmed instruction individualizes the pace of instruction over extremely small steps (instructional frames) which present the student with information or a problem. The student responds to the frame by demonstrating an understanding of the information or progress in solving the problem, and presentation of succeeding material is then based on the quality of response to the current frame. Programmed instruction may either be linear (in which an incorrect response results in repetition of the frame), or branching (in which the type of error determines which of the alternative frames or sequence of frames will be presented to correct the response). The "size of step" from one idea or concept to another is usually quite small and students may move through a series of frames which display elements of an idea or problem before arriving at a conclusion or generalization. Deductive strategies and indeed presentation followed by drill and practice are also possible in programmed instruc-

tion. Programmed instruction may be presented through text materials, instructional machines, or computers.

## COMPUTER-ASSISTED INSTRUCTION (CAI)

Computer-assisted instruction is more a technology than a technique which has been employed successfully in almost all health professions fields. The instructional advantages of computers lie in their enormous storage capacity and flexibility which allow a wide range of individualized options and possibilities for the sequencing of material and then the virtually instantaneous retrieval of information which facilitates interactive instruction.

CAI has employed virtually every instructional strategy. Much of its initial development focused on drill and practice and on the tutorial strategy of programmed instruction. One of the best known examples of this type of programming is the Pilot Medical School track at Ohio State University (6). The computer is used as a manager of educational resources by monitoring the students' progress via self-assessment examinations and guiding them in the appropriate use of textbooks, audiovisual materials, and faculty tutorials.

More recent programs present data and other information in a discovery or **problem-solving** mode. In this form of CAI, most useful in clinical education, the computer represents the patient and his/her environment and confronts the student with a variety of diagnostic and/or therapeutic problems to be solved.

It is difficult to achieve competence in clinical problem solving through reading or observation alone. Supervised practice in clinical problem solving is the best way to develop clinical judgment. Using computer-based simulated patients, a student may be given total responsibility for managing the disease process, whereas in actual practice this would not be the case. The computer can point out errors in technique or knowledge through comments or by allowing the student to observe the effects of improper management on the "patient's" deteriorating condition.

Another major advantage of the computer simulation is that the simulated model can react and change in a much more variable manner than is possible in a written example. The responses of the model can be made a function not just of the student's last decision, but of the whole interaction up to that time. Thus in a simulation of a disease process, the clinical state of the simulated patient can change as a simulated time func-

tion of the disease process as well as in response to the different therapies chosen by the student (7).

Another advantage of the computer simulation over more traditional instructional models is that the simulation can be completely specified and standardized for every student. The computer can keep an exact, detailed, and complete record of the student's performance and can evaluate the student's interaction in a reproducible and unbiased fashion.

Finally, the computer simulation can be made available to the student at a variety of times, not just for single scheduled exercises. The enormous hardware and software development costs are also being reduced through widespread use of materials. For example, in regional programs which had been made available over voice grade telephone lines in Ohio, poor transmission and high costs combined to limit the extent to which distant users could access CAI programs. Acting on the recommendation of the Association of Medical Colleges, the Lister Hill National Center for Biomedical Communications of the National Library of Medicine (NLM) in July 1972, set up an experimental CAI network (8). This network, operating over leased lines of a commercial firm (Tymshare, Inc.), made available programs developed at the Massachusetts General Hospital, Ohio State University, and the University of Illinois Medical College. Users in about 36 cities around the country could dial a local telephone number and be connected with the computers of the contracting institutions. The availability of the network has allowed health professions schools and other institutions to demonstrate CAI to students and faculty and to use programs in their curricula at very modest costs. During the first two years of the NLM network, 80 institutions used the programs of one of these contractors (9).

CAI could play a major role in the cognitive aspects of educating health professionals: the acquisition of factual data and the application of that knowledge to clinical problem solving. Many implementation problems remain in the inherent limitations of the method, definition of subject matter, evaluation, and cost-effectiveness. It seems obvious, however, that while the impact of CAI on the costs of education for health professionals will probably not be large, the impact on quality may be extensive.

## SUMMARY

The health professions are faced today as never before with the need to find more effective ways of acquiring a growing volume of biomedical knowledge and of addressing the urgent concerns about learning processes—namely, the continued dependence on outmoded techniques of



cognitive transfer. The author believes that greater incentives should be given for faculty and students to experiment with innovative approaches to cognitive learning while recognizing the need for increased emphasis on problem-solving skills in medical care. Proven self-learning techniques demand greater attention in curriculum and course design efforts. Finally, the author states that the process of educational planning must be viewed as continuous, dynamic, and never-ending if it is to best serve the needs of individual students, educational institutions, and the society to which both are ultimately accountable and committed to serve.

#### REFERENCES

- (1) Waldron, J. *Establishing an Educational Development Services Unit*. Atlanta, Georgia, U.S. Department of Health, Education, and Welfare, National Library of Medicine, 1979, p.1.
- (2) *Ibid.*, p. 29.
- (3) Eichna, L. Medical school education, 1975-1979: A student's perspective. *N Eng J Med* 303:729, 1980.
- (4) *Ibid.*
- (5) Ausubel, D. P. Transfer of the training approach to improving the functional retention of medical knowledge. *J Med Educ* 37:647-655, 1962.
- (6) Griesen, J., R. Berzan, et al. A pilot program of independent study in medical education. In Lysaught, J. P. (Ed.), *Instructional Technology in Medical Education: Proceedings of the Fifth Rochester Conference on Self-Instruction in Medical Education*. Rochester, New York, 1971, pp. 3-27.
- (7) Hoffer, E. P., and G. O. Barnett. Computer-aided instruction: Uses of simulation in medical education. In Jacobs, R. W., *A Flexible Design for Health Professions Education*. New York, John Wiley and Sons, Inc., 1974, p. 54.
- (8) Wooster, H., and J. I. Lewis. Distribution of computer-assisted instructional materials in biomedicine through the Lister Hill Center Experimental Network. *Comput Biol Med* 3:319, 1973.
- (9) Hartmann, D. C. *The Value of CAI Networking: Need for Standard MUMPS as Medium for the Exchange of CAI Application*. MUMPS Users Group Meeting Abstracts, 1974.

---

#### APRENDIZAJE TEORICO DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD: RAZONES A FAVOR DE LA AUTOINSTRUCCIÓN (*Resumen*)

Las profesiones de salud se enfrentan hoy más que nunca con la necesidad de medios más eficaces para adquirir una cantidad creciente de conocimientos de biomedicina y para resolver los acuciantes problemas del proceso de aprendizaje, provenientes de la dependencia continua de técnicas anticuadas de enseñanza teórica. Según el autor, deben darse al personal docente y a los alumnos mayores incentivos para el ensayo de métodos innovadores de aprendizaje teórico, pero concediendo mayor importancia a las prácticas de solución de problemas de atención médica. Las técnicas autodidácticas conocidas exigen dedicar mayor aten-

ción a la preparación de planes de estudios y programas. Por último, el autor manifiesta que el proceso de planificación de las enseñanzas se debe considerar como un proceso continuo, dinámico y sostenido para que responda de manera óptima a las necesidades de los alumnos y las instituciones docentes, y las de la sociedad, ante la cual unos y otras son, a la postre, responsables y a la cual se han comprometido a servir.

#### APRENDIZAGEM COGNITIVA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: A FAVOR DA AUTODIDAXIA (*Resumo*)

Os profissionais da saúde enfrentam, hoje mais do que nunca, a necessidade de encontrar meios mais eficientes de absorver o crescente volume de conhecimentos biomédicos e resolver um problema urgente dos processos de aprendizagem, a saber: a dependência de técnicas antiquadas de transferência de conhecimentos. Na opinião do autor, deve-se incentivar mais os professores e alunos a experimentar abordagens inovadoras à aprendizagem cognitiva, reconhecendo-se ao mesmo tempo a necessidade de dar mais ênfase ao desenvolvimento de habilidades ligadas à resolução de problemas no exercício da medicina. Na elaboração de currículos e cursos, deve-se dar maior atenção a técnicas comprovadas de autoaprendizagem. Finalmente, o autor afirma que o planejamento do ensino deve ser encarado como um processo contínuo, dinâmico e permanente para melhor atender as necessidades dos estudantes, das instituições de ensino e da sociedade, à qual tanto aqueles quanto estas devem servir e prestar contas.

#### L'ACQUISITION DE CONNAISSANCES DANS LES SCIENCES DE LA SANTÉ: EXEMPLE D'AUTO-INSTRUCTION (*Résumé*)

Les professions de la santé se heurtent plus que jamais à la nécessité de trouver des moyens plus efficaces d'acquérir un volume croissant de connaissances biomédicales et de pallier les insuffisances du processus d'étude—à savoir, la dépendance continue à l'égard de techniques démodées de transfert des connaissances. L'auteur estime qu'il faudrait inciter davantage la faculté et les étudiants à expérimenter de nouvelles méthodes d'acquisition des connaissances, tout en reconnaissant la nécessité d'insister davantage sur l'aptitude à résoudre les problèmes en matière de soins de santé. Les techniques éprouvées d'acquisition de connaissances demandent que soit accordée une plus grande attention à l'établissement des programmes d'étude et à la conception des cours. Enfin, l'auteur déclare que le processus de planification de l'enseignement doit être perçu comme continu, dynamique et permanent s'il doit répondre au mieux aux besoins des étudiants, des établissements d'enseignement et de la société envers laquelle les uns comme les autres sont responsables et qu'ils ont pour mission de servir.

# Experimentación con seres humanos y ética médica—normas internacionales para la investigación biomédica practicada en seres humanos<sup>1</sup>

FRANK GUTTERIDGE<sup>2</sup>

---

---

## INTRODUCCION

Los principios éticos fundamentales recomendados como norma para la investigación biomédica practicada en seres humanos están contenidos en la Declaración de Helsinki, de la Asociación Médica Mundial, revisada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, en Tokio, en 1975. Sin embargo, su aplicación no es sencilla. La expansión de la investigación médica, y sobre todo su introducción en los países en desarrollo, condujo a la necesidad de emprender un estudio sobre la forma de aplicación de los principios de Helsinki, teniendo en cuenta las disposiciones legales y las medidas administrativas vigentes para proteger debidamente los derechos humanos y el bienestar de las personas en las que se practican trabajos de investigación médica.

Este estudio se emprendió inicialmente en 1976 por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (COICM) y fue seguido al comienzo de 1978 por un proyecto conjunto de la OMS y el COICM para el establecimiento de normas éticas sobre el procedimiento que se deba seguir para el examen de los casos de investigación biomédica practicada en seres humanos.<sup>3</sup> Tras consultar individualmente a varios expertos de un grupo de trabajo especial de la OMS/COICM, de la XIV Conferencia de Mesa Redonda del COICM, celebrada en la Ciudad de México y del Comité Consultivo Mundial de Investigaciones Médicas de

---

<sup>1</sup>Tomado de *Crónica de la OMS* 35: 233-236, 1981.

<sup>2</sup>Asesor del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (COICM); ex Director, División de Asuntos Jurídicos, OMS, Ginebra, Suiza. Dirección actual: 4, quai de Corsier, 1246 Corsier, Ginebra, Suiza.

<sup>3</sup>El proyecto conjunto fue apoyado generosamente por el Ministerio Federal de Investigación de Tecnología de la República Federal de Alemania; la Fundación Ford; el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, del Canadá; el Consejo de la Población; la Fundación Rockefeller; la Fundación Sandoz, y el Organismo Sueco de Desarrollo Internacional.

la OMS, y tras una encuesta realizada mediante cuestionarios sobre la práctica seguida en los países en desarrollo, se formuló un proyecto de normas. Esas normas han sido aprobadas recientemente por la XV Conferencia de Mesa Redonda del COICM, en Manila, y por el Comité Consultivo Mundial de Investigaciones Médicas de la OMS.

Las piedras angulares de las normas éticas sobre la investigación biomédica practicada en seres humanos son dos: en primer lugar, el verdadero consentimiento de las personas en que las investigaciones se hayan de practicar; y en segundo término, el examen de la investigación propuesta, incluido el procedimiento para lograr dicho consentimiento, por un órgano independiente de investigadores que cuenten con una formación idónea.

En los países en desarrollo se ha de hacer frente a varios problemas especiales que surgen en ambos casos, y, en consecuencia, las normas se elaboraron teniendo en cuenta las respuestas a un cuestionario recibidas de 45 administraciones nacionales de la salud y de 91 facultades de medicina de los países en desarrollo. Las respuestas a los cuestionarios indicaban amplias divergencias en los criterios nacionales sobre el examen ético de los trabajos de investigación practicados en seres humanos. Si bien, en cierta medida, estas divergencias reflejan diferencias en las estructuras administrativas y constitucionales de los distintos países, son muchos los casos en que el estudio se deja a cargo de investigadores individuales sin que los proyectos se consulten al "comité independiente especialmente designado" que se recomendó en la Declaración de Helsinki.

El estudio ha revelado cuatro cuestiones principales que hasta el momento no han recibido plena respuesta:

- el concepto y validez del consentimiento otorgado con conocimiento de causa
- las cuestiones éticas que se plantean en la investigación basada en la comunidad
- el examen, desde el punto de vista ético, de los procedimientos empleados en la investigación biomédica practicada en seres humanos
- la protección de las personas en las que se practican las investigaciones.

Las normas, que han sido redactadas en forma de recomendaciones concretas precedidas por un comentario general, se proponen responder a estas cuestiones, así como a otros problemas relacionados con la investigación en seres humanos, incluida la compensación por las lesiones que puedan resultar de la investigación. En lo que concierne a las cuatro cuestiones principales, las normas mantienen el siguiente criterio.

## CONSENTIMIENTO CON CONOCIMIENTO DE CAUSA

La Declaración de Helsinki formula de nuevo la doctrina del consentimiento con conocimiento de causa, llamada también del consentimiento informado, y además recomienda que, en caso de incapacidad jurídica del interesado, ese consentimiento lo dé su tutor legal de conformidad con las leyes del país. En aquellos casos en que por incapacidad física o mental no sea posible dar el consentimiento con conocimiento de causa, o en que la persona que haya de consentir sea menor de edad, el consentimiento de la persona que, conforme a la legislación nacional, haya de velar por los intereses del incapacitado o del menor substituye al consentimiento que del incapacitado o del menor se requiere.

El problema es que en algunas comunidades las personas en las que se pueda pensar para la práctica de investigaciones pueden no estar familiarizadas, en absoluto, con los conceptos y las técnicas de la medicina experimental. Aunque exista una necesidad urgente de realizar investigaciones sobre enfermedades que causen en una comunidad gran número de casos de pérdida de la salud, de incapacidad y de defunción, los miembros de esa comunidad pueden no conocer debidamente las posibles consecuencias de la participación en un experimento, por lo que no están en condiciones de dar a los investigadores el consentimiento con el debido conocimiento de causa. Para respetar el principio del consentimiento individual como un derecho humano fundamental, las normas sugieren que la decisión de los individuos sobre el hecho de participar o no en un experimento se exprese por medio de una persona destacada, que goce de la confianza de la comunidad, dejando claro que la participación es enteramente voluntaria y cualquier participante es libre de retirarse del experimento en cualquier momento.

La obtención del consentimiento debidamente informado de los niños así como de enfermos mentales o deficientes mentales presenta también problemas especiales. No existe acuerdo general sobre la edad en que una persona llega a tener capacidad suficiente para decidir por sí misma, con el debido discernimiento, si debe o no debe someterse a un trabajo de investigación. Las normas sugieren que, en la medida de lo posible, se debe buscar la cooperación voluntaria de los niños y que los menores que hayan llegado a la edad del servicio militar o la del ejercicio del derecho de voto deben considerarse capaces de otorgar un consentimiento informado, preferentemente con el asentimiento del padre o de un tutor legal.

En el caso de las personas que sufran mentalmente de una enfermedad o deficiencia, el único método satisfactorio de proteger su bienestar es

hacer que cualquier propuesta de investigación de este tipo sea examinada por un órgano independiente de los investigadores. No puede depositarse plena confianza en el acuerdo de los familiares inmediatos de la persona en cuestión.

## INVESTIGACION BASADA EN LA COMUNIDAD

Se pueden realizar investigaciones que se extiendan a toda una comunidad, como en los casos de tratamiento experimental del suministro de agua, investigación sobre los servicios de salud, pruebas de insecticidas, pruebas de nuevos agentes profilácticos o inmunológicos, o aditivos o sustitutivos nutricionales. Aunque no se orienten específicamente a la mejora directa de la salud, otras medidas, como las diferentes formas de manipulación del medio ambiente, pueden afectar indirectamente la salud humana.

En muchos casos puede ser imposible obtener un consentimiento debidamente informado de los individuos afectados. En estos casos los investigadores solo pueden proceder sobre la base de una evaluación meticulosa, de un asesoramiento técnico competente y de algunos medios de delegación de la comunidad en favor de un órgano representativo independiente, para que otorgue el consentimiento si lo cree oportuno desde el punto de vista de la protección de los intereses colectivos.

## PROCEDIMIENTOS DE EXAMEN ETICO

Durante los últimos veinte años aproximadamente, el medio principalmente utilizado en muchos países para el examen de las propuestas de investigación biomédica, desde el punto de vista ético, ha sido el comité de examen ético o consejo de examen institucional, establecido a nivel local, institucional o regional. Dichos órganos se componen de investigadores que actúan independientemente del investigador que proyecta un estudio determinado, así como de personas ajenas al campo profesional de que se trate, y están autorizados para examinar todas las propuestas de investigación biomédica, tanto si son de carácter terapéutico y pueden beneficiar directamente al paciente que se haya sometido a las pruebas como si son de carácter no terapéutico y no han de beneficiar al voluntario sano que a ellas se someta. Entre las propuestas de investigación que deben someterse a examen ético figuran los ensayos de nuevos agentes profilácticos o para inmunización.

Aunque la noción de un futuro examen independiente e imparcial pueda tener que adaptarse en cada país para adecuarla a los sistemas nacionales ejecutivos y administrativos y al grado de centralización o descentralización de las actividades investigadoras, las normas sugieren que los comités periféricos que operen sobre una base institucional o regional estarán más conscientes de los factores locales, los comprenderán mejor y, por tanto, estarán en mejores condiciones que un órgano centralizado para evaluar los aspectos éticos de los distintos estudios y para observar su progreso.

Cualquiera que sea el procedimiento adoptado, las normas recomiendan que el examen ético se base en un protocolo detallado que comprenda una declaración clara de los objetivos, una descripción precisa de todas las intervenciones propuestas, un plan estadístico y los criterios que determinen la admisión y retirada de las personas sometidas a las pruebas.

Un problema que se plantea con cierta frecuencia es el del grado en que los comités de examen ético deben tener en cuenta tanto los aspectos científicos como los éticos de una propuesta. Si bien no es posible trazar una línea divisoria clara entre el examen científico y el examen ético, los comités no deben, como principio general, examinar los *métodos* científicos propuestos, pero sí deben examinar la *finalidad* científica (y estadística) de las propuestas que se les sometan.

Se considera que los miembros de otros campos profesionales que, en algunos países, forman parte de los comités pueden ser de utilidad para apreciar ciertos aspectos éticos del trabajo que pudieran no ser tan inmediatamente evidentes para los médicos y los científicos. Esos miembros pueden ser abogados, sacerdotes y líderes cívicos, así como pertenecer a otras profesiones relacionadas con la salud. Los comités deben estar integrados tanto por hombres como por mujeres. Como la responsabilidad última de la conducta ética de la investigación biomédica practicada en seres humanos recae sobre el investigador, es preciso despertar en los estudiantes de medicina, durante su formación profesional, la conciencia de este imperativo.

## PROTECCION DE LAS PERSONAS EN QUE SE PRACTICAN INVESTIGACIONES

Los requisitos de examen éticos deben ser especialmente rigurosos en el caso de investigaciones practicada en niños, mujeres embarazadas o madres lactantes, enfermos mentales, deficientes mentales o miembros de

comunidades en desarrollo no familiarizados con los conceptos clínicos modernos, así como en el caso de cualquier tipo de investigación no terapéutica que suponga una intromisión en la intimidad del individuo.

En el caso de los niños, las normas señalan que es axiomático que los niños nunca deben ser sometidos a ninguna investigación que pueda llevarse a cabo igualmente en adultos. Sin embargo, su participación es indispensable para la investigación de enfermedades de la infancia y de trastornos a los que los niños estén particularmente expuestos. Del mismo modo, los enfermos mentales y los deficientes mentales no deben ser sometidos a investigaciones que puedan llevarse a cabo igualmente en adultos en plena posesión de sus facultades mentales, pero obviamente son los únicos sujetos posibles de investigaciones sobre los orígenes y el tratamiento de enfermedades o deficiencias mentales.

Las mujeres embarazadas y las madres lactantes no deben ser sometidas nunca a investigaciones no terapéuticas, a no ser que con ellas se pretenda elucidar problemas del embarazo o de la lactancia. La investigación terapéutica solo se permite cuando tiene como finalidad la mejora de la salud de la madre sin perjuicio de la del feto o del recién nacido, el afianzamiento de la viabilidad del feto, o la ayuda al desarrollo de la salud del recién nacido o a la aptitud de la madre para alimentarlo adecuadamente.

En la Conferencia de Manila se señaló que las personas de los países en desarrollo pueden creer que cualquier investigación que en ellas se practique será necesariamente beneficiosa para ellas. Esas esperanzas pueden no verse satisfechas. Esto significa que en el examen ético de esas propuestas de investigación deben estudiarse detenidamente los posibles beneficios futuros así como la intención del investigador de asegurar la continuación de dichos beneficios para evitar posibles desilusiones y el riesgo consiguiente de crear actitudes desfavorables a toda investigación.

En interés del mejoramiento de la salud de las poblaciones desposeídas, las investigaciones no se deben negar únicamente en atención al estado de privación; en cambio, no sería ético utilizar a dichas poblaciones para investigaciones que no hayan de ser de beneficio inmediato para ellas y que se puedan llevar a cabo en personas sanas de otro lugar.

En el caso de pruebas de nuevos agentes profilácticos e inmunológicos, el examen, desde el punto de vista ético, de las propuestas que impliquen la utilización de seres humanos tiene que ir precedido de un estudio científico apropiado sobre su inocuidad. Este punto, que está íntimamente asociado con el examen ético de las propuestas de investigación, fue subrayado frecuentemente en la Conferencia de Manila. También se subrayó la necesidad, relacionada con lo anteriormente dicho, de que los países



establezcan una política nacional de investigación, la legislación necesaria, y las normas nacionales pertinentes a este fin.

En los casos en que la investigación está patrocinada desde el exterior, es decir, cuando se realiza en un país huésped, pero se inicia, financia y, en ocasiones, está total o parcialmente a cargo de una agencia u organismo internacional o nacional externo, con la colaboración o el acuerdo de las autoridades del país huésped, se deben satisfacer dos imperativos. El propio organismo autor de la iniciativa deberá someter la propuesta de investigación a examen ético y, además, las autoridades del país huésped deberán cerciorarse por sí mismas de que la investigación propuesta cumple sus propios requisitos éticos.

Se tiene ahora el proyecto de publicar las normas en un folleto y de darles la más amplia difusión posible. En su estado presente de desarrollo, las normas representan una síntesis de conceptos y prácticas que se aplican ya en países que cuentan con sistemas de examen ético, junto con los procedimientos que se sugieren para tratar los nuevos problemas revelados por el estudio y que son de especial interés para los países en desarrollo. Sin duda, las normas se habrán de examinar más tarde a la luz de la evaluación de su utilidad. También pudiera ser necesario completarlas con disposiciones detalladas relativas, por ejemplo, a los problemas de grupos vulnerables, como los anteriormente citados, especialmente los de niños, enfermos o deficientes mentales y comunidades en desarrollo.

## RESUMEN

En su XV Conferencia de Mesa Redonda, celebrada en Manila, Filipinas, del 13 al 16 de septiembre de 1981, el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (COICM) adoptó una serie de normas internacionales para proponer su aplicación en la investigación biomédica practicada en seres humanos. Esas normas han sido también aprobadas por el Comité Consultivo de Investigaciones Médicas mundial (CCIM) de la OMS, que se reunió en Ginebra del 12 al 15 de octubre de 1981, y van a ser distribuidas entre los ministerios de salud, las facultades y escuelas de medicina y otros organismos interesados.

En el presente artículo el autor explica por qué emprendieron la OMS y el COICM la elaboración de dichas normas, describe cómo se llegó a formularlas y explica su relación con cuatro cuestiones éticas fundamentales planteadas por la investigación que se practica en seres humanos.

---

### HUMAN EXPERIMENTATION AND MEDICAL ETHICS— INTERNATIONAL GUIDELINES FOR BIOMEDICAL RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS (*Summary*)

At its XV Round Table Conference, held at Manila, Philippines, from 13 to 16 September 1981, the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) adopted a set of proposed international guidelines for biomedical research involving human subjects. The guidelines have since been endorsed by the WHO Global Advisory Committee on Medical Research, meeting in Geneva on 12-15 October 1981, for distribution to health ministries, medical schools and faculties as well as other interested bodies.

In the present article, the author explains why WHO and CIOMS undertook the development of such guidelines, describes how the guidelines evolved, and explains how they address four key ethical questions raised by research on human subjects.

### EXPERIMENTAÇÃO COM SERES HUMANOS E ÉTICA MÉDICA— NORMAS INTERNACIONAIS PARA PESQUISA BIOMÉDICA PRATICADA EM SERES HUMANOS (*Resumo*)

Em sua XV Conferência de Mesa Redonda, celebrada em Manila, Filipinas, de 13 a 16 de setembro de 1981, o Conselho de Organizações Internacionais das Ciências Médicas (COICM) adotou uma série de normas internacionais a serem aplicadas na pesquisa biomédica praticada em seres humanos. Essas normas também foram aprovadas pelo Comitê Consultivo de Pesquisas Médicas mundial (CCIM) da OMS, que se reuniu em Genebra de 12 a 15 de outubro de 1981, e serão distribuídas entre os ministérios da saúde, as faculdades e escolas de medicina e outros organismos interessados.

No artigo presente o autor explica por que a OMS e o COICM empreenderam a elaboração dessas normas, descreve como foram formuladas e explica sua relação com quatro questões éticas fundamentais despertadas pela pesquisa que se pratica em seres humanos.

### L'EXPÉRIMENTATION SUR DES ÊTRES HUMAINS ET L'ÉTHIQUE MÉDICALE—NORMES INTERNATIONALES APPLICABLES À LA RECHERCHE BIOMÉDICALE PRATIQUÉE SUR DES ÊTRES HUMAINS (*Résumé*)

Lors de sa XVème table ronde, qui s'est tenue à Manille, Philippines, du 13 au 16 septembre 1981, le Conseil des organisations internationales des sciences médicales a adopté une série de normes internationales dont il propose l'applica-

tion à la recherche biomédicale pratiquée sur des êtres humains. Ces normes ont été également approuvées par le Comité consultatif de recherche médicale de l'OMS qui s'est réuni à Genève du 12 au 15 octobre 1981, et elles vont être distribuées aux ministères de la santé, aux facultés et écoles de médecine et aux autres organismes intéressés.

Dans l'article l'auteur explique pourquoi l'OMS et le Comité consultatif de recherches médicales ont entrepris l'élaboration de ces normes; il décrit comment elles ont été formulées et il explique leur rapport avec quatre questions éthiques fondamentales posées par la recherche pratiquée sur des êtres humains.

# Reorganización del sector salud: contribución a la educación en administración de servicios de salud

HUMBERTO DE MORAES NOVAES<sup>1</sup>

---

---

## INTRODUCCION

La función del Estado en el financiamiento y provisión de servicios de salud tuvo un gran desarrollo en varios países a partir de la segunda mitad de este siglo, con el establecimiento incluso de servicios nacionales de salud, como sucedió en Inglaterra en 1948 (1).

El control del Estado sobre la salud se encuentra también en América Latina, y se ejerce a través de varios organismos, muchas veces independientes, como son los ministerios de salud, las instituciones de seguridad social, las fuerzas armadas, los centros universitarios y otras entidades públicas. En los últimos años la reorganización del sector ha recibido alta prioridad, como consecuencia de presiones para que se racionalicen las actividades y se reduzca el costo de operación de esos organismos. Pero en general, los intentos de reorganización han sido de carácter intrainstitucional y pocas veces interinstitucional. En efecto, las barreras que existen entre los diferentes organismos o los obstáculos legales políticos han limitado los cambios así como el alcance de las metas de reorganización propuestas por los planificadores.

En este trabajo tratamos de analizar algunas de esas dificultades, unas veces relacionadas con las condiciones imperantes, otras con la falta de recursos para establecer sistemas nacionales de salud y otras con la propia tradición burocrática de las entidades públicas y de sus agentes, factores todos ellos que impiden los verdaderos cambios que habrá que realizar para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000.

Recientemente, diversos estudios (2-6) han señalado la conveniencia de utilizar en el sector salud los criterios denominados "matriciales" que ya tuvieron aplicación en otros sectores de la economía durante el pasado decenio.

---

<sup>1</sup>Asesor Regional en Educación en Administración de Salud, OPS, Washington, D.C.

Consideramos, en todo caso, que los países de las Américas habrán de hallar otras alternativas de reorganización que hagan compatibles las estructuras actualmente existentes con proyectos específicos y diversificados de atención de la salud.

## ECOLOGIA Y SALUD

La mayor parte de los problemas de salud de América Latina y el Caribe tienen su origen en factores ambientales o sociales, de manera que la planificación para resolverlos no puede depender solo de los responsables del sector específico de salud. En consecuencia, nuestra tarea fundamental consiste en indicar causas de morbilidad, de mortalidad o de gran riesgo que influyan en el orden de prioridad de otros sectores, y en promover el interés de grupos que pertenecen al entorno paramétrico del sistema de salud y que con sus conocimientos especializados pueden contribuir a establecer las medidas correctivas pertinentes para resolver los problemas a través de la planificación y reorganización sectorial.

Hay factores, por ejemplo, derivados del ambiente cuya eliminación es un problema de alcance ecológico correspondiente al sector de la ingeniería o la arquitectura, el que, a primera vista, nada tiene que ver con salud, pero cuya actuación es esencial para mejorar las relaciones entre el ser y su medio.

Por otra parte, la malnutrición infantil solo se puede combatir con un programa que comprenda la adecuada producción, industrialización, distribución y accesibilidad de alimentos esenciales para el consumo, a un costo compatible con el poder adquisitivo de los grupos de población, incluso los de extrema pobreza.

Frente al conjunto multicausal de agresiones al hombre, el administrador de salud posee de momento muy limitadas funciones normativas, y cuando las tiene, carece de la autoridad necesaria para controlar los niveles de tolerancia o vigilancia que supone el cumplimiento estricto de las normas. Las actividades se ven con frecuencia dificultadas por obstáculos insolubles relacionados con el progreso industrial. Las opiniones se dividen entre los grupos que creen que el desarrollo económico es el más importante y que consideran aceptable el costo social que entrañará el logro del nivel de adelanto a que se aspira para el año 2000, y los que consideran que la protección de los seres humanos por medio del saneamiento y la conservación de recursos naturales exige drásticas medidas para evitar que el desarrollo industrial provoque una destrucción debida a los factores

que pueden alterar el equilibrio ecológico. El mantenimiento de este equilibrio se puede lograr con medidas de atención primaria básica, tratamiento y saneamiento de aguas, en particular, o con el saneamiento del medio en general.

Ciertos estudios realizados en la Región de las Américas indican que la malnutrición en los niños menores de 5 años es del 57% al 78% y que el 25% del total de los casos corresponde a las formas más graves y casi siempre mortales (7). En 1976, el 80% de la población del nordeste de Brasil carecía de ingresos suficientes para adquirir los alimentos esenciales mínimos. Incluso hoy día, cuando las enfermedades cardiovasculares presentan una tasa de mortalidad de 1,3 por 1.000 habitantes, las infecciones parasitarias contribuyen en casi un 50% a la morbilidad en los menores de 5 años, lo que acarrea en muchos países una mortalidad 100 veces mayor que la debida a enfermedades cardiovasculares. Estas son las contradicciones que vivimos; sin una profunda reorganización sectorial no se llegará en 18 años a un nivel adecuado de salud para todos.

Son muy pocas las ciudades o países de América Latina y el Caribe que han conseguido establecer un marco administrativo adecuado para controlar la contaminación y los riesgos ambientales y que han logrado un aumento intensivo de la producción y el consumo de alimentos proteínicos cuantitativa y cualitativamente suficientes. Desgraciadamente, la producción, la distribución y el consumo de alimentos dependen de factores económicos y tecnológicos directamente relacionados con la actividad agropecuaria, la comercialización del producto, la capacidad adquisitiva de la familia y principalmente la educación alimentaria, factores todos de gran importancia para la conservación de la salud y que también pertenecen a esferas de competencia distintas del sector de la salud pública.

Ahora bien, esa situación en nada reduce la responsabilidad social que nos incumbe de plantear el problema en sus términos verdaderos. Hemos de estimular a los gobernantes a que establezcan programas prioritarios y adoptar en nuestro propio sector medidas que conduzcan a una mejora del poder adquisitivo de la familia, de manera que no haya millones de personas con ingresos inferiores al mínimo indispensable para su supervivencia.

## RECURSOS PARA LA SALUD

La limitación de recursos humanos, materiales y financieros es el principal obstáculo para resolver los problemas de salud. La mala distribución

de los médicos (fenómeno persistente), la escasez de enfermeras diplomadas, farmacéuticos, asistentes sociales, nutriólogos, y sobre todo, la falta de administradores profesionales técnicamente adiestrados en escuelas de administración de salud, al tanto de los problemas con que se enfrentarán y bien preparados para solucionarlos, son otros factores que han contribuido al fracaso de los intentos de lograr una cobertura universal de servicios de salud mediante el sistema descentralizado que ya sugirió Dawson hace más de 60 años (8).

Se habla constantemente de la necesidad de otorgar prioridad a la atención primaria, o sea al primer contacto del individuo con un servicio periférico de salud. Sin embargo, se olvida que los programas de atención primaria son los más complejos y onerosos, y que requieren administradores especialmente adiestrados para conseguir la participación de la comunidad y desarrollar programas de atención médica preventiva, de apoyo logístico a la asistencia curativa, de rehabilitación y de reincorporación del individuo a la comunidad; administradores con una visión universal del sistema, conscientes de que la atención primaria solo es posible si está adaptada a la cultura de la Región y vinculada a la atención secundaria, esto es a hospitales pequeños. Además, no se puede olvidar que esos centros comunitarios necesitan el apoyo logístico de una red de centros terciarios y hospitales clínicos para enviar los casos más complejos a los niveles superiores del sistema.

Durante siglos se ha venido inculcando en la cultura de nuestros pueblos la idea de que la atención médica eficaz es la ofrecida por hospitales y médicos dotados de todos los instrumentos que se consideran necesarios para una buena asistencia. Es dudoso creer que la Región acepte como regla la institucionalización de trabajadores de salud profanos, cuando toda una tradición señala que solo en los servicios más avanzados se pueden ofrecer tratamientos de calidad. Este fenómeno se hace cada vez más evidente a medida que mejora el ingreso de las poblaciones y el cabeza de familia exige para esta la forma de tratamiento que siempre tuvieron las clases sociales altas. Hasta fines del pasado decenio los niveles secundario y terciario de atención médica estuvieron relegados a administradores improvisados e incompetentes; los gobiernos se olvidaban de que exactamente a este nivel se efectúa más del 75% de los gastos de salud (9).

Durante la posguerra fue notable la gran influencia que ejercieron en las Américas los modelos de administración de salud de los Estados Unidos, y la adopción indiscriminada de todo lo que se hacía, construía y utilizaba en ese país. Por eso están ahora en crisis y próximos a la bancarrota todos nuestros hospitales terciarios, con raras excepciones. Al seguir un

modelo sin previo análisis crítico, se importaron ideas y equipo y se construyeron hospitales con cometidos inadecuados y que jamás funcionaron adecuadamente en nuestra realidad. Abundan las unidades ultramodernas, inaccesibles por su elevado costo a una gran parte de la población, y faltan sobre todo los sistemas de capacitación de los recursos humanos que se necesitan para el mantenimiento del equipo.

Los países de la Región han olvidado en los últimos años el saber tradicional y sus modelos, más limitados pero más prácticos y con soluciones sencillas y adaptables, a diferencia de las de mayor complejidad y de alto precio.

Nos encontramos hoy con complicado equipo electrónico para problemas que podrían resolverse con menor costo y hasta con mayor precisión mediante un modesto servicio manual de archivo médico bien ordenado y orientado. Y se observa ahora que con gastos crecientes se proporciona cada vez menos asistencia, lo que es además objeto de críticas por parte de los usuarios y del propio personal de salud.

Actualmente, la salud en general y el diagnóstico y la terapéutica médica en particular han pasado al dominio público, a la prensa no especializada que, pese a las presiones de grupos, contribuye a apuntar los errores, las omisiones y los fallos del sistema de atención médica. Esa tendencia a dar publicidad por los medios modernos de información se acentuará, a no dudarlo, en el presente decenio. Ello hace que los administradores de salud tengan que asumir la responsabilidad de vigilar y controlar la calidad de los servicios que de ellos dependen. Con recursos financieros menos abundantes, la protección de la salud y la operación de los hospitales tenderán a empeorar en los próximos años, y exigirán un mayor discernimiento, competencia y creatividad en la asignación de recursos.

En este difícil momento de crisis mundial que atravesamos, el sector salud deberá reorganizar a fondo sus métodos con vista a un mejor control de costos y a un aumento de la capacidad productiva sin menoscabo de la calidad de los servicios. Esa es la grave situación a que indudablemente tienen que hacer frente los ministerios de salud, la seguridad social y el sector privado.

## SISTEMAS DE SALUD

Se ha dicho en muchas ocasiones que la meta a que deben aspirar los gobiernos de todos los países, incluso los industrialmente adelantados, es facilitar los medios para que toda la población tenga acceso a prestacio-



nes integrales de salud eficientes y eficaces, llevando así a la práctica el ideal del derecho a la salud. Esa afirmación categórica, suscrita por todos los países de la Región, ha sido en los últimos decenios solo una aspiración de los técnicos y del público, raras veces compartida por las esferas políticas centrales o locales, en las que el interés y la ambición personal predominan sobre los deseos de la comunidad. La consecuencia de ello es la desintegración de los servicios, la multiplicidad de acciones inconexas, la competencia entre ministerios y entre secretarías estatales o provinciales, y casi siempre el fuerte afán de emulación personal, pero raramente en lo que se refiere a ideas.

El resultado es de lo más desalentador si se compara con la aspiración a una atención de salud integral, preventiva y curativa, ambulatoria u hospitalaria, general o especializada, primaria o terciaria, independientemente de la clase social, de los vínculos de empleo o de la localización geográfica urbana o rural del individuo y su familia.

Gran parte de nuestras poblaciones están abandonadas a su propia suerte, sin acceso a ningún servicio, y ello ocurre no solo en las zonas rurales pobres, sino también en los sectores marginales de las grandes ciudades, con la agravante de que en estos centros metropolitanos las condiciones son especialmente favorables para la insalubridad y la falta de control, y se caracterizan por promiscuidad, carencia de saneamiento, epidemias, drogas, alcoholismo, enfermedades de transmisión sexual y tantos otros males típicos de las grandes concentraciones humanas. El remedio de esta situación se viene propugnando desde 1920 y consiste en organizar sistemas descentralizados de salud con niveles de atención médica previamente definidos, de manera que el enfermo pase por escalones que comprenden una estricta vigilancia destinada a corregir las desviaciones (8).

Como expondremos más adelante, raramente se han observado en América Latina ese orden y disciplina en el sector salud. La situación resulta más grave aún si se tienen en cuenta las dimensiones de la Región y sus profundas diferencias culturales y económicas, muchas veces dentro del mismo país.

Las leyes y normas promulgadas sobre sistemas nacionales de salud no se han cumplido por falta de pragmatismo en el legislador.

Es dudoso que en el decenio de 1980 se pueda lograr una reforma con integración funcional y orgánica de los ministerios de salud y la seguridad social. Probablemente tendremos que seguir presenciando la coexistencia de varios sistemas, actividades paralelas, objetivos divergentes de grupos e instituciones, y competencia entre individuos. Serán indispensables

nuevos modelos de estructura orgánica adaptables a cada país, ya que la aspiración a la salud para todos en el año 2000 no bastará por sí sola para cambiar la historia de la Región.

Indudablemente, habrá que dar preferencia, en una primera fase, a los modelos que permitan la coexistencia de diferentes organismos con tradiciones institucionales y programas de atención médica generalista o específica; en otras palabras, la coexistencia de unidades burocráticas y culturales distintas en función de acciones de salud interprofesionales e interdisciplinarias del tipo que suelen encontrarse en los modelos de organización matricial.

Los métodos modernos de gestión administrativa son otros tantos medios que deberán introducirse urgentemente en el sector salud, puesto que reforzarán el arsenal básico para aplicar las estrategias regionales de salud para todos y el Plan de Acción para ponerlas en práctica adoptados por los países para alcanzar la meta propuesta en los próximos 18 años (10).

#### REORGANIZACION DEL SECTOR CONFORME AL CRITERIO MATRICIAL

Probablemente no existe ninguna organización que se ajuste más a los conceptos de Galbraith que la de servicios de salud. La teoría de ese autor (11), basada en una serie de estudios empíricos, llega a dos conclusiones: a) no existe un modo único de organización y b) ningún modo de organización es universalmente válido.

Por otro lado, Lawrence y Lorsch (12) propugnan que para cada actividad debe haber una determinada estructura y lo que se llama "diferenciación" de servicios. Así, en los diseños de reorganización sectorial, para lograr resultados satisfactorios se necesita el concurso del agente o agentes de "integración", si (como ocurre tan frecuentemente en los servicios de salud) se trabaja con diferentes orientaciones teóricas o afectivas.

Otros estudios (13) llegan a la conclusión de que el modo óptimo de organizar o reorganizar sectores es el "contingencial", que varía según las características de incertidumbre acerca de las tareas específicas que se van a realizar en una unidad orgánica y tiempo determinados.

Con frecuencia encontramos instituciones, como el seguro social, que trabajan paralelamente a otros organismos, y en muchos casos existen dentro de un mismo ministerio diferentes departamentos o divisiones que actúan en forma independiente, a veces con resultados aceptables (según la "diferenciación" de sus agentes) pero inconexos.

Los servicios de salud son excelentes ejemplos del cambio estructural, con gran frecuencia debido a la rapidez con que se establecen importantes mecanismos extraoficiales de comunicación horizontal, haciendo que la excepción se vuelva regla; en tal caso, la estructura jerárquica sufre simplemente una adaptación que adquiere carácter legal en breve plazo.

La falta de flexibilidad de las estructuras orgánicas en el sector salud impide una relación formal entre las instituciones o departamentos y su posibilidad de integración. Vemos así que la capacidad de un ministerio para coordinar adecuadamente sus actividades se desarrolla siempre en sentido vertical únicamente, con lo que su radio de acción se limita a los departamentos subordinados, sin llegar a otros sectores que también son fundamentales para la atención medicosocial en los países.

La reorganización del sector con relaciones horizontales se basa en el "equipo de salud", ejemplo que pocas veces se consigue en la Región pero que cuando llega a funcionar en forma efectiva permite que los servicios provean más información y se tomen decisiones más eficientes que las adoptadas por los mecanismos complejos y burocráticos de comunicación ministerial.

Cuanto mayor es la variedad de los departamentos de origen de los miembros del equipo de salud mayor autosuficiencia tiene este para su trabajo y para el logro de resultados. Llegado este punto, el "integrador" resulta indispensable, pues es el agente que coordina las actividades del equipo con otras unidades para tratar de lograr el conjunto de metas de la organización. Este elemento "integrador" depende a veces de dos instancias, por ejemplo el ministerio de salud y el seguro social, lo que lleva con frecuencia a situaciones conflictivas pero aceptables *a priori* en el sistema de salud.

Estos equipos se pueden constituir como grupos de proyectos, grupos de programas, unidades de trabajo u otras, según las condiciones imperantes en cada zona. Esta estructura se denomina "matricial".

### *Las organizaciones matriciales*

En los últimos años se están aplicando en los servicios públicos, inclusive los de salud, ciertos métodos de gestión ya establecidos y ensayados en el campo de la administración general (2, 4, 6, 14-16).

Los organismos estatales relacionados con la atención médica siempre tuvieron una estructura administrativa propia, considerada como la mejor forma de organización para alcanzar las metas oficiales. Esas instituciones tienen, por definición, una estructura jerárquica piramidal, con la

mayoría de los puestos reglamentados, descritos por categorías de funciones y encuadrados en organigramas; según Casino (2), son verticales en el diseño y militares en el carácter.

Esas estructuras son estáticas y los cambios que en ellas suelen introducirse consisten en el "reescalonamiento" de los organigramas, con simples transferencias de autoridad de un nivel a otro. Su efecto social se limita al tiempo que dura el gobierno que las establece y resulta menor aún debido al elevado índice de rotación de las autoridades de los niveles más altos de la pirámide institucional (países con índice de rotación de ministros de salud de uno al año).

Las metas mínimas y los objetivos regionales orientados al logro de la salud para todos en el año 2000 (10) establecen prioridades para todos los gobiernos de los países de América Latina y el Caribe. Ahora bien, las estructuras sectoriales y los nuevos modelos de organización han de ser examinados por instituciones que sufren cambios orgánicos permanentes y que están en condiciones de continua inestabilidad.

Mientras más necesario resulta un enfoque para alcanzar determinado objetivo y la planificación se efectúa principalmente por aproximaciones sucesivas más nos situamos en el campo de la "teoría de la contingencia" (12). En efecto, esta teoría admite la incertidumbre o el cambio de cualquier situación existente y prepara a la organización para hacer frente a las nuevas circunstancias cuando llega el momento, con el mínimo desvío posible de las metas y los objetivos establecidos. De acuerdo con ellas, la organización puede sufrir frecuentemente cambios y adaptaciones según el estilo personal del administrador (factor humano) y según las tareas que pretende realizar en un determinado momento (factor técnico y político).

Esta teoría permite representar gráficamente determinada organización en un tiempo delimitado en función de dos variables: individuo y tarea. La primera se caracteriza por el componente de experiencia y conocimientos adquiridos, idiosincrasia, motivación, etc., y la segunda, por el tipo, calidad, cantidad, etc. En consecuencia, la ecuación es:

$$O_t = f(I, T)$$

en la que:  $O_t$  = instituciones del sector de salud en un período determinado

$f$  = función de...

$I$  = individuos con responsabilidades y poder decisivo

$T$  = tareas de ejecución previstas en ese mismo período

Cuando cambian los individuos o las tareas asignadas, la organización sufre alteraciones estructurales y dinámicas. La labor de absorber esos de-

sequilibrios institucionales y cambios de circunstancias con grandes desvíos de las metas y objetivos ha venido siendo un desafío para los administradores en los últimos años. En otras palabras, se pretende paradójicamente en el sector de salud establecer definiciones uniformes e inflexibles para situaciones indefinidas y en continua alteración.

Los estudios realizados indican que las organizaciones piramidales, mecanicistas o jerárquicas impiden la respuesta rápida al cambio; en consecuencia, se necesitan modelos más contemporáneos y flexibles (14).

En el decenio de 1980, los sectores industriales y de salud están tratando de hallar sistemas orgánicos que respondan a esas circunstancias basados en soluciones matriciales. La "matriz" consiste en líneas verticales que caracterizan a la estructura de organización en pirámide, con jerarquía definida, y en líneas horizontales representativas de proyectos específicos, grupos de trabajo o equipo. El conjunto de líneas verticales y horizontales constituye una red integrada, o sea matricial. Las relaciones horizontales están coordinadas por un gerente del proyecto, que tiene a su cargo un grupo de personal proveniente de distintos departamentos, divisiones o servicios de estructura tradicional. Estos gerentes coordinadores mantienen relaciones con sus homólogos de otros proyectos a niveles diferentes.

Para Galbraith (11) el criterio matricial es apropiado cuando se producen grandes diferencias o alteraciones en el producto, en el nivel de tecnología y en las tareas de la organización; estas deben ser suficientemente grandes para resolver pérdidas iniciales en el grado de especialización y en las economías de escala. Otro aspecto negativo del modelo sería que los funcionarios públicos se comportaran de manera inflexible frente a cualquier tentativa de desinstitucionalización (17) y al *status*, ya que el cambio podría significar una merma del poder inherente al cargo, conseguido palmo a palmo durante años de trabajo administrativo.

Una ventaja del criterio matricial es la utilización de la mano de obra de diferentes unidades de uno o varios sectores que trabajan de manera integrada y compartiendo recursos para alcanzar diferentes metas organizacionales.

En casi todos los países de la Región, los organismos de salud tienen funciones idénticas y cada uno trata de conseguir más fondos para ampliar sus actividades, pero hasta comienzos del decenio ninguno de ellos había llegado a ser responsable exclusivo por la cobertura de salud de determinada zona geográfica y a aportar todos los insumos que exige la atención médica integral cuando se dispensan tratamientos múltiples.

Para aplicar el criterio matricial, el coordinador del programa o del

grupo de trabajo debe tener responsabilidad y autoridad sobre su equipo, pues “una de las experiencias más frustrantes es tener la responsabilidad de alcanzar un objetivo y no recibir la autoridad suficiente para ello” (18). Por otro lado, el establecimiento de políticas, la planificación y el control son indelegables para los que permanecen a nivel central (15) (figura 1).

Estos modelos de organización matricial contradicen por primera vez el clásico aforismo de la “individualidad del mando”. Es evidente que los participantes en el programa intersectorial pasan a tener dos “jefes”: uno es el coordinador del grupo y otro es el director del departamento, división o sector que cedió su personal para integrar el grupo de que se trate.

No cabe duda de que en este tipo de organizaciones el conflicto es inherente y su ausencia es una señal del mal funcionamiento del sistema (4). La organización pasa por diversas fases cuando se implanta la estructura matricial, pero la constante es que el equipo se reúne y trabaja de forma integrada, con entrega total, dedicación y participación, objetivos y motivación propios, por un período preestablecido de semanas o meses, prorrogables o no según el producto final previsto.

Pueden citarse como ejemplos los dos casos que se exponen seguidamente:

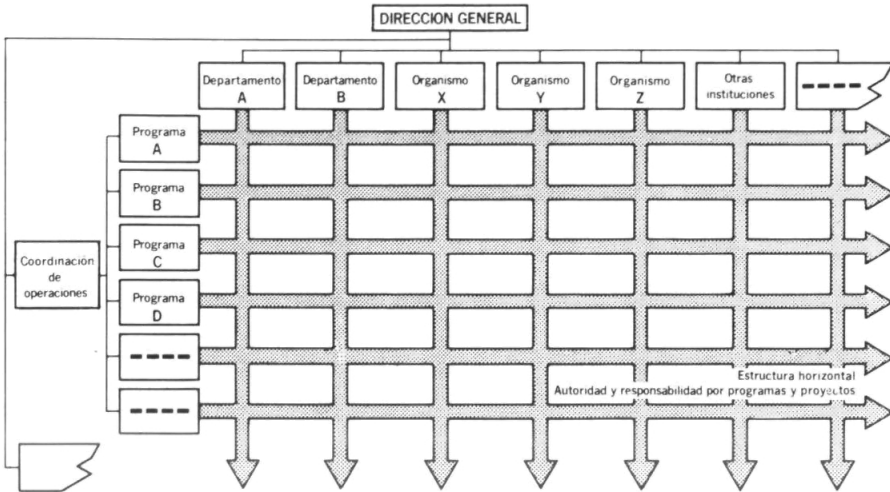
### 1. Seguridad social

En la figura 1, el departamento “A” podría ser la seguridad social, pues su importancia en el establecimiento de políticas de salud es indudable en muchos países del Continente; sus gastos llegan a representar más del 15% del PNB y su aportación constituye la principal fuente de ingresos para atención médica, siendo muchísimo mayor que la de los ministerios de salud. Ningún planificador de salud debería establecer planes nacionales sin contar con la seguridad social y su importancia en los países donde ya está organizada.

En efecto, no se puede relacionar la asistencia médica estatal con la privada prescindiendo de la seguridad social, que en muchos países es el organismo controlador y pagador de los servicios prestados por la red de atención médica en general. Suele decirse que ningún servicio de salud, ya sea rural o urbano, puede sobrevivir sin el respaldo de la seguridad social.

En América Latina, la seguridad social sufrió inicialmente un proceso de fraccionamiento, seguido de otro de unificación que dura hasta hoy, con todos los problemas universales de las organizaciones complejas, que llegan a padecer esa enfermedad crónica con fases agudas denominada “burosis”, perteneciente al reino de la “buropatología”. El hecho de que

Figura 1. Modelo esquemático de estructura matricial. Los equipos, agrupados por programas o proyectos, están integrados por personal de distintas especialidades que asume tareas específicas por determinado periodo.



esa enfermedad no fuera tratada por métodos más enérgicos contribuyó al desarrollo de “medicinas de grupo” con fines lucrativos, que reemplazan al Estado (en muchos casos con ventaja para los trabajadores industriales), y a la creación de seguros de enfermedad, también privados y a veces muy lucrativos.

Inicialmente, la seguridad social representaba el derecho del trabajador urbano a recibir atención médica del Estado, por pertenecer a un instituto, caja o fondo. En Brasil, el Instituto de Bancarios representa todavía un ejemplo histórico de cobertura completa para ese grupo profesional. Por el contrario, otros institutos, debido a las frecuentes crisis administrativas, ofrecían una atención médica deficiente. Hacia 1966 se refundieron todas las cajas en un gigantesco centro que asumió el control de todas las instituciones de seguridad social. Posteriormente este instituto central se transformó en ministerio, con dos divisiones: una para prestaciones sociales y otra para atención médica. Las cajas rurales que se crearon también fueron absorbidas por la seguridad social, con lo que la cobertura de servicios médicos curativos pasó a estar a cargo del nuevo ministerio.

La dualidad de responsabilidades en la cobertura de servicios, principalmente entre los ministerios de salud y la seguridad social, se ha traducido en una batalla donde el vencido suele ser el ministerio de salud, cuyo presupuesto no responde a las expectativas provinciales y locales.

En los planes de reorganización sectorial sería ilusorio creer que el mi-

nisterio de salud pueda quedar limitado a los aspectos de prevención, con funciones normativas, legislativas y fiscalizadoras. ¿Cómo se pueden dictar normas y fiscalizar cuando se carece de autoridad, responsabilidad y control de los servicios? ¿Cómo se puede desarrollar la prevención cuando se carece de competencia en los aspectos curativos, que son los más promocionales para el fomento de la salud?

La presión de grupos profesionales—principalmente asociaciones médicas, de empresas y de hospitales privados—crea situaciones de gran dificultad para los gobiernos. Esas asociaciones consideran siempre la función unificadora de la seguridad social y el ministerio de salud y la estatización de la atención médica como una amenaza para sus intereses.

En esa lucha de intereses, las estructuras matriciales pueden, mediante acciones conjuntas, ir ocupando espacios vacíos hasta llegar a una acción integral con amplia extensión de cobertura.

## 2. La descentralización o regionalización

Al tratar de la extensión de la cobertura hay que referirse invariablemente a la descentralización de autoridad, a la atención médica por niveles, a la accesibilidad progresiva de los servicios, etc.

Han pasado 60 años desde que se publicó el informe Dawson (8) (1920), pero sus indicaciones siguen siendo tan actuales y necesarias como a principios de siglo, ya que prácticamente las circunstancias no han cambiado en la Región. En este encomiable informe se presentan la logística del sistema, el correspondiente apoyo técnico y humano, los términos de referencia y la evaluación. ¿Sería que esta propuesta (ya sexagenaria y pasada por alto en la Región) estaba destinada a recibir cumplimiento en los 18 años que nos separan del año 2000?

Echando una ojeada retrospectiva podríamos sacar algunas conclusiones:

a) *Grupos de presión.* En cualquier sistema económico, hay grupos de individuos que se transforman en grupos de presión para que los escasos recursos disponibles sean distribuidos según sus intereses. Lo mismo sucede en las situaciones de transición, cuando la atención de salud no se transforma con la misma rapidez que otros sectores sociales.

Así, la descentralización no se pudo implantar debido a la presión de grupos que se verían en ese caso obligados a ceder sus recursos a otros sectores y que podrían crear situaciones sin solución desde el punto de vista político.

Estos centros de poder (las profesiones liberales, el consumidor sindicado, los sectores del gobierno, los hospitales privados, las compañías de se-



guros y los establecimientos de enseñanza) son suficientemente fuertes para conservar sus parcelas en el mercado de la salud. En el delicado equilibrio de fuerzas de los sistemas entran en juego las ganancias y pérdidas de insumos críticos (clientes, medicamentos o equipo) para mantener el *status quo* de privilegios dentro de la sociedad.

b) *Médicos*. El informe Flexner (1911), destinado a las escuelas norteamericanas de medicina, sirvió desde la segunda guerra mundial como modelo para la facultades de los países latinoamericanos, y sus conceptos contribuyeron a aumentar el prestigio de la medicina curativa, halópata y elitista. Pese a la creación de departamentos de medicina preventiva en las escuelas, estos carecieron de fuerza para reorientar la formación de médicos en los centros terciarios y para hacer cambiar las actitudes frente a los centros primarios. Estos médicos no están ni cognoscitiva, ni afectiva ni materialmente preparados para asumir funciones de coordinación de servicios de salud o de integración de sistemas descentralizados.

La creación de "áreas hospitalarias" representa un esfuerzo aislado de idealistas, más bien que una realidad nacional. Hay países de economía capitalista donde la situación es más grave aún, pues a las aspiraciones de la comunidad a servicios de atención médica especializados se suman las actividades del sector privado, donde los factores de prestigio, de complementación salarial y otros provocan el rechazo de los sistemas estructurados de envío de pacientes a otros niveles.

Del mismo modo que las organizaciones estatales de salud, a nivel central, difícilmente ceden sus recursos presupuestarios entre sí mismas, los médicos no transfieren sus clientes o insumos a otros médicos, con lo que la situación permanece invariable.

En resumen, cabe preguntarse ¿es que la descentralización, propuesta hace ya 62 años, no se llevó en la Región porque el asunto solo interesa a tecnócratas teóricos?

A nivel central la decisión implica una importante reorganización sectorial, a un costo incompatible con las prioridades establecidas por los grupos "progresistas".

El elemento clave en este proceso, o sea la seguridad social, avanza lentamente hacia la extensión horizontal de su cobertura, sin llegar a gran parte de la población desprotegida o muy expuesta que carece de medios financieros. En Brasil la opción fue extender la seguridad social al campo (FUNRURAL) estableciendo un impuesto de producción agrícola. Otros países encontrarán su propia manera de vencer los obstáculos, más políticos que financieros, puesto que esta población rural o urbana margi-

nada carece de influencia, no pertenece a asociaciones y no constituye una fuerza laboral especializada.

El enfoque matricial prevé la integración paulatina de la atención primaria, secundaria y terciaria con arreglo a un plan en el que los distintos organismos de atención médica responsables en un momento dado por determinadas actividades pasan a funcionar como conjunto coherente en ciertas zonas geográficas. La suma de "n" zonas debe transformar el sistema en "descentralizado"; la rapidez del proceso dependerá de variables correspondientes a las inestabilidades del medio, de las instituciones y de los individuos responsables de estos programas.

## CONCLUSIONES

Para reorganizar una institución es necesario tomar decisiones de carácter administrativo mediante acuerdos entre las personas o grupos interesados. Con frecuencia se adopta una solución por consenso general pero, individualmente, los que participaron de esta decisión no están de acuerdo ni con la idea ni con la manera de aplicarla. Este fenómeno social ha sido analizado por Harvey (19), que lo denomina la paradoja de Abilene. Este autor expone el caso de una familia de Abilene, que resuelve, por sugerencia de uno de sus miembros, almorzar fuera un día en que la temperatura es de 40°C a la sombra. Esta decisión fue colectiva pero sin acuerdo individual; ninguno de los familiares estaba de acuerdo, pero al mismo tiempo tomaron la decisión de salir. El consenso fue logrado por el grupo, pero no individualmente.

Las organizaciones, al igual que esta familia, toman medidas en contradicción con lo que realmente creen que es lo mejor. Se observa que siempre es más fácil llegar a un acuerdo que resolver los conflictos de opiniones divergentes.

En la reorganización de los servicios de salud se reproduce la paradoja descrita por Harvey. Con frecuencia se observa que la información existente condena esta o aquella decisión pero, paradójicamente, los órganos superiores adoptan las que llegan al absurdo para quienes desconocen las variables políticas del proceso decisorio. Lo cierto es que la necesidad de acción por presiones internas o externas, el temor de exponerse a negar lo que otros admiten, la suposición de lo que los demás puedan estar pensando y el pánico psicológico de "remar contra la corriente" son otras tantas razones que contribuyen a las soluciones paradójicas; pero la más importante es la percepción por el individuo del desgaste social, político o

profesional que sufre al hacer frente a situaciones de riesgo en condiciones de tanta complejidad como las que existen actualmente.

Las organizaciones en general, y los servicios de salud en particular, pueden estar en una zona y momento determinados en condiciones inestables, con inciertas tareas o misiones a realizar y con diferentes alternativas de solución que muchas veces llevan a un resultado similar. Esta situación de inestabilidad de tareas y condiciones es la que encuentran a menudo los que dirigen servicios de salud, donde las decisiones se toman fuera del contexto sectorial y dichos servicios tienen solo influencia marginal en un medio en evolución permanente.

En este trabajo hemos procurado enfocar la reorganización de los servicios de salud mediante el examen de sus aspectos ambientales y sociales, y de disponibilidad y limitación de recursos para la aplicación efectiva de planes de acción y reorganización sectorial. La reorganización efectiva no es solo la transferencia de decisiones o servicios de un nivel jerárquico a otro, con cambios en el organigrama de la entidad que tantas veces han demostrado ser inútiles.

Como alternativa sugerimos la aplicación del criterio matricial de la reorganización de sectores. Conforme a ese criterio se mantiene la estructura jerárquica existente (mecanicista, funcional, vertical o piramidal) de los sistemas de salud, pero relacionándola estrechamente con las actividades de grupos de trabajo o programas específicos interinstitucionales de estructura orgánica horizontal o por proyectos.

Tanto la descentralización como la integración de la seguridad social para extender la cobertura de servicios de salud a toda la población son ejemplos o casos que se prestan para la discusión académica.

## RESUMEN

En este artículo se analizan algunas de las dificultades con que se tropieza tradicionalmente al tratar de reorganizar los servicios de salud y los obstáculos de diversa naturaleza que hay que superar al respecto si se quieren implantar los cambios necesarios y las metas propuestas por los planificadores.

Ante la necesidad de que los países de las Américas encuentren soluciones alternativas de reorganización del sector salud a fin de servir adecuadamente a toda la población, el autor considera la conveniencia de aplicar al respecto el criterio denominado "matricial", que se ha venido

utilizando en economía y en la administración en general desde el pasado decenio.

Se admite que pueden surgir algunos problemas al tratar de implantar ese enfoque, pero se estima que al utilizar los recursos de distintas unidades y sectores en forma conjunta y bajo la responsabilidad de un coordinador de las actividades, podrá trabajarse de manera integrada para alcanzar las metas que se desea alcanzar.

#### REFERENCIAS

- (1) Maynard, A. y A. Ludbrook. What's wrong with the National Health Service? *Lloyds Bank Review* 138:2741, 1980.
- (2) Cascino, A. E. How one company "adapted" matrix management in a crisis. *Management Review* (noviembre): 57-61, 1979.
- (3) Johnson, F. V. y S. Tingey. Matrix organization: Blueprint of nursing care organization for the 80's. *Hospital and Health Services Administration* (winter): 27-39, 1976.
- (4) Mooke, T. F. y B. E. Lorimer. The matrix organization in business and health care institutions. *Hospital and Health Services Administration* (fall): 26-35, 1976.
- (5) Novaes, H. M. A problemática do moderno hospital universitário: Fatores organizacionais nas crises dos hospitais de clínicas. *Bol. Ofic. Sanit. Panamer* 89:39-47, 1980.
- (6) Wright, N. H. Matrix management—A prime for the administrative manager. *Management Review* (mayo): 59-62, 1979.
- (7) Superintendencia de Desarrollo del Nordeste (SUDENE), Brasil. *Diagnóstico de saúde do Nordeste, estrutura da mortalidade e condicionantes básicos*. Recife, 1977.
- (8) Organización Panamericana de la Salud. *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920*. Washington, D.C., Publicación Científica 93, 1964.
- (9) Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa. *Training Manpower for Health Administrations*. Copenhagen, 1976.
- (10) Organización Panamericana de la Salud. *Salud para todos en el año 2000. Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales*. Washington, D.C., Documento Oficial 179, 1982.
- (11) Galbraith, J. *Designing Complex Organizations*. Reading, Massachusetts, Addison-Wesley Publishing Co., 1973.
- (12) Lawrence, P. R. y J. W. Lorsch. New management job—The integrator. *Harvard Business Review* (nov.-dec.), 1967.
- (13) Hellriegel, D. y J. W. Slocum, Jr. *Management: Contingency Approaches*. Reading, Massachusetts, Addison-Wesley Publishing Co., 1978.
- (14) Bechard, R. y R. T. Harris. *Organizational Transitions: Managing Complex Change*. Reading, Massachusetts, Addison-Wesley Publishing Co., 1977.
- (15) Davis, S. M. y P. R. Lawrence. *Matrix*. Reading, Massachusetts, Addison-Wesley Publishing Co., 1977.
- (16) Lostetter, J. O. y J. E. Chapman. The decision-making process: Implications for the medical school organization. *Health Policy and Education* 161-176, 1980.
- (17) Curtis, W. R. From State hospital to integrated human services system: Managing the transition. *HCM Review* (Spring): 39-50, 1976.
- (18) Garber, A. B. et al. *Hospital Crisis Management*. Rockville, Maryland, Aspen System Corporation, 1968.
- (19) Harvey, J. B. The Abilene paradox: The management of agreement. *Organizational Dynamics* 63-80, 1979.

REORGANIZATION OF THE HEALTH SECTOR: A CONTRIBUTION TO EDUCATION IN THE ADMINISTRATION OF HEALTH SERVICES  
(Summary)

This article discusses some of the difficulties traditionally encountered in endeavors to reorganize health services and the various obstacles to be surmounted if the changes proposed by planners are to be brought about and their goals achieved.

In view of the need for the countries of the Americas to find alternative ways to reorganize their health sectors so that all members of their populations can be properly served, the author considers the utility of the so-called "matrix" criterion, which has been used in economics and general administration for the past decade.

It is admitted that problems can arise in efforts to apply this approach, but it is felt that, if the resources of the different units and sectors are used jointly under the responsibility of a coordinator of operations, it will be possible to work in an integrated way toward the established goals.

REORGANIZAÇÃO DO SETOR DA SAÚDE: CONTRIBUIÇÃO PARA O ENSINO EM ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE (Resumo)

Esse artigo analisa algumas das dificuldades tradicionalmente encontradas quando se trata de organizar os serviços de saúde e os diversos obstáculos que devem ser superados para implantar as mudanças necessárias e as metas propostas pelos planejadores.

Face à necessidade de que os países das Américas encontrem soluções alternativas de reorganização do setor da saúde a fim de servir adequadamente toda a população, o autor considera a conveniência de aplicar o critério denominado "matricial", que desde a década passada vem sendo utilizado em economia e administração em geral.

Admite-se que podem surgir alguns problemas quando se trata de implantar esse enfoque, mas espera-se que, ao utilizar os recursos de diversas unidades e setores de forma conjunta e sob a responsabilidade de um coordenador das atividades, se poderá trabalhar de maneira integrada para atingir as metas visadas.

RÉORGANISATION DU SECTEUR DE LA SANTÉ: CONTRIBUTION À L'ÉDUCATION EN ADMINISTRATION DES SERVICES DE SANTÉ  
(Résumé)

L'auteur analyse certaines des difficultés que l'on rencontre généralement en voulant réorganiser les services de santé et les obstacles de diverses natures qu'il

faut surmonter pour mettre en oeuvre les changements nécessaires et atteindre les objectifs proposés par les planificateurs.

Etant donné que les pays de Amériques doivent trouver des solutions nouvelles pour réorganiser le secteur de la santé de manière à servir convenablement l'ensemble de la population, l'auteur examine la possibilité d'appliquer à cet effet le critère dénommé "matriciel". Ce critère est utilisé en économie et en administration générale depuis les années 70.

L'auteur reconnaît qu'une telle approche peut se heurter à certaines difficultés. Il estime toutefois qu'en utilisant, sous la responsabilité d'un coordinateur, les ressources des différentes unités et des différents secteurs qui forment un tout, on peut exécuter les activités de manière intégrée afin d'atteindre les objectifs visés.

## Reseñas

### DÍA MUNDIAL DE LA SALUD, 1982

El Día Mundial de la Salud se celebra todos los años el 7 de abril para conmemorar la entrada en vigor de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud en 1948. El lema escogido cada año permite centrar la celebración en un aspecto preciso de la salud pública. El de este año, “Remozar la vejez”, coincide con el propósito de la Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento—que se celebrará del 26 de julio al 6 de agosto—y viene a destacar la creciente importancia que van adquiriendo los problemas de atención de salud de los ancianos, a medida que aumenta su número en todo el mundo. En función de la meta de salud para todos en el año 2000, la atención de las personas de edad avanzada se ha convertido en uno de los componentes de la política nacional de cada país.



**Remozar** la vejez

Día mundial de la Salud 1982  Organización Mundial de la Salud

Mensaje del Dr. H. Mahler  
Director General de la Organización Mundial de la Salud

El envejecimiento no es solo un proceso físico sino también una actitud mental, y en la actualidad esta actitud mental está empezando a experimentar una transformación revolucionaria. Hasta hace algún tiempo, y especialmente en los países más industrializados, el envejecimiento entrañaba la jubilación forzosa, la pérdida de funciones físicas y de capacidad mental y, con harta frecuencia, la renuncia a las actividades normales de la sociedad. Al viejo se le consideraba como si sufriera una enfermedad irreversible y se le trataba como a un niño enfermo. Ahora bien, este concepto del anciano como una persona que camina vacilante hacia la tumba, azotado y minado por las enfermedades, incapaz a la vez de amar y de cuidarse, es falso. Recientes estudios realizados en sujetos sanos demuestran que, incluso después de los setenta años, los viejos pueden hacer mucho más que ocuparse de sí mismos; no solo pueden llevar a cabo una jornada de trabajo normal sino también utilizar sus facultades de creación, mantener relaciones amorosas y desempeñar una función activa en la colectividad. Así pues, debemos abandonar el clásico estereotipo del anciano inútil y desamparado.

Ahora bien, para ello es preciso que los propios ancianos desempeñen una función más activa. Han de afirmar, en efecto, su derecho a intervenir en los cuidados y actividades de protección de la salud que necesiten, comportándose como participantes adultos de pleno derecho. La salud para todos en el año 2000 presupone forzosamente la participación de las personas de edad, que con frecuencia son las que mejor conocen las necesidades y la forma de atenderlas.

El envejecimiento corresponde a un período vulnerable de la vida. Después de los lactantes, los viejos constituyen el grupo de edad expuesto a mayores riesgos. El enfrentamiento con un medio hostil durante toda la vida y el ritmo más lento o irregular del "reloj biológico" hacen al anciano particularmente frágil. Por esta razón, las personas de edad necesitan una amplia gama de cuidados preventivos, curativos y de rehabilitación, además de presentar necesidades especiales en materia de nutrición, higiene, ejercicio físico e inmunización. Importa también adaptar a sus propias necesidades la vivienda, los medios de transporte y las medidas de seguridad personal, como ya se está haciendo en algunos lugares. Conviene, pues, reavivar el interés por las investigaciones sobre estas cuestiones y sobre la totalidad del proceso biológico y social del envejecimiento. Los ancianos necesitan una asistencia clínica inmediata cuando caen enfermos y, a este respecto, la atención primaria de salud puede traer consigo un cambio importante al actuar como sistema de alerta y de primeros auxilios. Ahora bien, es esencial que el conjunto de servicios médicos y de rehabilitación esté dispuesto a intervenir sin demora siempre que sea necesario.

El lema del Día Mundial de la Salud de este año coincide con el de la Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento en que ambos subrayan la urgencia de atender las necesidades especiales de los ancianos, contribuyendo al mismo tiempo a modificar profundamente las actitudes prevalecientes. Las personas de edad constituyen un grupo que requiere medidas especiales de protección, pero que también puede aportar una contribución positiva, sobre todo si se encuentra integrado en la colectividad.

En numerosos países en desarrollo la situación difiere algo de la de aquellos que están industrializados y urbanizados hace largo tiempo. Actualmente persisten en muchos de los primeros ciertas costumbres que incorporan a los ancianos en la vida de la comunidad y que conviene preservar. En realidad, en dichos países se sigue pensando que la edad y la sabiduría corren parejas, por lo que muchas veces se considera a los ancianos como los líderes naturales de la comunidad. Sin embargo, la situación no es hoy estática en ningún sitio y los propios países en desarrollo están sufriendo rápidos cambios a medida que se industrializan y se desplaza a los centros urbanos gran parte de su población. En tales situaciones existe un peligro real de que se repita el error—cometido en otros lugares—de excluir a los ancianos de la vida cotidiana de la comunidad. Precisamente ahora que los países industrializados vuelven a descubrir el valor humano de los viejos y tratan de que, en lo posible, estos vivan en la comunidad y no reclusos en instituciones, sería una ironía trágica que los países en desarrollo rompieran con sus propias tradiciones en las que el anciano ocupa un lugar de honor.



La contribución de las personas de edad puede adoptar muchas formas. En el terreno artístico no son raras las obras maestras producidas en la vejez y, con toda razón, los viejos escultores y músicos son objeto de aprecio general. Pero también hay otros muchos sectores en los que las personas de edad podrían realizar una labor útil si no se las excluyera deliberadamente. Los gobiernos han de abstenerse de establecer situaciones que hagan inasequibles a los ancianos los trabajos que deseen o puedan realizar. Ahora bien, quizá la principal contribución de las personas de edad se sitúe en el plano humano: la aportación que pueden hacer a cuantos les rodean con su presencia y experiencia de la vida. La educación no es solo una cualidad que se adquiere en las escuelas y en los libros; es también algo que se destila de la experiencia acumulada durante la vida. Solo las personas que han vivido los momentos más graves del siglo XX y han reflexionado sobre sus consecuencias pueden ayudar a las generaciones más jóvenes a comprender cómo hemos llegado a la situación actual y qué podemos hacer para alcanzar un mañana mejor.

La OMS desearía que el lema *Remozar la vejez* se celebrara y aplicara en todo el mundo en este espíritu de respeto por los valores humanos más elevados y con el deseo de mantener la solidaridad con todos los miembros de la familia humana.

Mensaje del Dr. Héctor R. Acuña  
Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

A medida que avanzamos por los decenios que concluyen el siglo XX es cada vez mayor el número de seres humanos que tienen ante sí una mayor esperanza de vida. Pero con demasiada frecuencia la vejez tiende a ser un período estéril de soledad y pobreza, en lugar de la época de plenitud serena que podría representar el colmo de una vida.

Se espera que entre 1970 y el año 2000, el número de personas de 60 años o más en el mundo entero casi se duplique, pasando de 307 a 580 millones, expansión que se hará sentir sobre todo en los países en desarrollo. El bienestar de esos millones de personas pondrá a prueba nuestro compromiso de conseguir que en el año 2000 todos los ciudadanos del mundo puedan alcanzar un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.

Es evidente que la meta de salud para todos en el año 2000 incluye la atención de las personas de edad como parte integrante de los programas y planes de salud. Pero no basta con esto, y en consecuencia se están fomentando nuevos esfuerzos encaminados a promover la salud y el bienestar de esas personas.

En el plan de acción previsto para que todos los residentes del Hemisferio Occidental tengan acceso a la atención de salud en el año 2000, que ha sido aprobado por los Gobiernos Miembros de la Organización Panamericana de la Salud y por su Consejo Directivo, una de las metas mínimas establecida es la de aumentar la esperanza de vida hasta 70 años por lo menos, desde la actual esperanza

media de vida que en América Latina es de 63,7 años. El plan determina cierto número de medidas que se han de adoptar para mejorar la atención de salud a las personas de edad, inclusive la evaluación de la situación actual y la adopción de políticas para la prestación de atención de salud a los grupos de población de mayor edad, organización de una atención completa para las personas de edad dentro de los servicios generales de salud, promoción y preparación de programas de acción comunitaria, y desarrollo de recursos humanos.

Ya se están desplegando diversas actividades para la atención de salud a las personas de edad dentro del contexto de las estrategias regionales de salud para todos y de atención primaria de salud. Además, se ha empezado a dar prioridad a las personas de edad como uno de los grupos especiales por su particular vulnerabilidad, ya que están especialmente expuestos a diversos factores de riesgo.

Es mucho lo que podemos hacer para contribuir a derribar el mito de que el proceso de envejecimiento y el morbo son una sola cosa. Podemos luchar contra la aceptación pasiva de la debilidad, la confusión mental y la incapacidad como compañeras inevitables del proceso de envejecimiento. Podemos organizar servicios comunitarios y coordinar la atención domiciliaria para las personas de edad. Podemos asimismo tratar de mejorar la situación social y económica de las personas en proceso de envejecimiento. Podemos elevar el estado de ánimo de las personas de edad y retrasar su proceso de declinación de vitalidad proporcionándoles empleos socialmente útiles. Podemos asimismo fomentar una participación más activa de todos los sectores de la sociedad en la solución de los problemas propios de la vejez.

Las personas de edad están en condiciones de aportar una contribución importante a la sociedad, permaneciendo productivas durante muchos años después de la edad reglamentaria de jubilación y aportándonos los beneficios de sus conocimientos y experiencia. Únicamente es preciso que los gobiernos, otras organizaciones y los grupos más jóvenes de la población se den cuenta de hasta qué punto puede ser importante la contribución de las personas de edad y les den las necesarias oportunidades.

## TALLER DE EDUCACION EN EVALUACION Y PLANIFICACION DE SERVICIOS DE SALUD

El Taller se reunió en Bridgetown, Barbados, del 9 al 13 de noviembre de 1981, con los participantes mencionados en el Apéndice. Tuvo por objeto examinar—y tratar de solucionar—las dificultades que se presentan en la enseñanza de la planificación en los diversos programas de adiestramiento en administración de salud en América Latina y el Caribe. Fue auspiciado por la OPS y la Fundación W.K. Kellogg, como parte de su Programa de Educación en Administración de Salud.

Los trabajos del Taller se basaron en las experiencias de los participantes en los

programas y cursos sobre el tema, y permitieron apreciar las grandes dificultades con que se enfrentan estos programas, así como la diversidad que existe entre los mismos, tanto en su concepción teórica como en la práctica.

Algunos de los factores principales mencionados que entorpecen el proceso de la planificación de servicios de salud en América Latina fueron:

#### *Factores intrínsecos*

1. La planificación muchas veces no pasa de la etapa de diagnóstico de la situación de salud.
2. Se carece de la información básica necesaria por falta de un sistema adecuado de información.
3. Existe un hiato entre el nivel de planificación y el operativo, debido a la falta de comunicación entre ambos.
4. Falta de preparación previa del nivel operativo (programación de actividades) para responder eficientemente a las directrices de planificación.
5. Excesiva "verticalidad" de los programas técnico-científicos (orientados a los problemas), lo que interfiere con el proceso operativo.
6. Se intentan resolver (o atacar) más problemas de los que razonablemente es posible, debido tanto a la ausencia del análisis de prioridades como a limitaciones presupuestarias.
7. La competencia entre el nivel planificador y el político en cuanto a las decisiones a tomar, provoca en muchos casos la desconfianza y resistencia de este último hacia la planificación.
8. Aislamiento del grupo planificador en el organismo de salud, en general como consecuencia de los factores indicados en los incisos 3 y 7.
9. La técnica utilizada con más frecuencia (CENDES-OPS) no ha resultado lo suficientemente práctica para los fines de la planificación.

#### *Factores extrínsecos*

1. Un alto grado de inestabilidad política e institucional en varios países.
2. Crisis económica local y general. La influencia de los factores económicos solo se manifestó en algunos planes, pues la mayoría de estos no llegaron a la fase de ejecución, que es la fase donde se manifiestan los problemas económicos.
3. Falta de coordinación intersectorial, ya sea por existir planificación en otros sectores de gobierno o por la carencia de una planificación global integradora.
4. Falta de decisión del nivel político para apoyar e impulsar un proceso de planificación.

Entre las diferentes situaciones que existen en relación con los programas se destacaron:

1. La realidad socioeconómica y política de cada país, que determina la existencia o no de los programas, así como su alcance y enfoque.
2. El tipo de conceptualización que se emplea y el contenido de los programas. En algunos se hace hincapié en la planificación vista como proceso, objeto y sujeto del cambio social; en otros, se pone énfasis en la planificación y programación de las actividades institucionales.
3. La clase de la institución o el programa donde se desarrollan los cursos de planifica-

ción de salud (escuelas de administración general, administración de salud, salud pública, facultades de medicina, etc.).

4. Los diversos tipos de cursos que se ofrecen actualmente sobre el tema: cursos orientados a estudios de pregrado y posgrado (especialización, maestría y, eventualmente, doctorado); cursos orientados a problemas específicos, seminarios, etc.

5. Diferencias en cuanto a la especialidad de los egresados: especialista en planificación de salud, administrador de salud, docente en planificación de salud, técnicos con adiestramiento específico, etc.

6. Discordancias con respecto al tipo de alumno que debe asistir a los cursos: mientras en algunos programas, por características propias del país donde se desarrollan, se cuestiona la conveniencia de adiestrar en planificación de salud al personal del sector (ya adiestrado en otras materias), como estrategia tendiente a un mayor aprovechamiento de los recursos humanos, en otros países que disponen de mayores recursos se prefiere capacitar en planificación al propio personal del sector, para así obtener un recurso humano mejor calificado.

7. Diferencias entre las bibliografías utilizadas por los diversos programas, situación que se explica debido a los divergentes enfoques y características, y especialmente a que gran parte de este material es de difícil acceso, y por lo mismo, absolutamente desconocido fuera de los proyectos de origen.

Se señalaron también las preocupaciones que existen en relación con la enseñanza de la planificación de salud, entre ellas:

1. La poca disponibilidad de recursos humanos capacitados en algunos países de la Región, a nivel docente, decisorio y operativo.

2. La necesidad de una mayor comunicación e intercambio de experiencias entre las diferentes escuelas y programas.

3. La necesidad de impulsar la integración con facultades y escuelas de materias afines, con objeto de mejorar los programas mediante la cooperación multidisciplinaria.

4. Dificultades en cuanto a la integración con las instituciones que prestan servicios de salud; esto se manifiesta tanto en obstáculos para complementar el trabajo de campo necesario como en una baja absorción, por parte de los servicios, de los egresados de los diferentes cursos.

5. Dificultad en algunos cursos para mejorar sus currículos de forma dinámica, a fin de evitar una enseñanza monótona y repetitiva, de bajo contenido científico.

6. Inquietud por incluir nuevas materias en los currículos de administración de salud, entre ellas las provenientes del área financiera, la epidemiología aplicada a la administración, técnicas de mercadeo dirigidas a la promoción de la salud, aspectos legales de salud, etc.

7. La necesidad de que la OPS organice programas de educación continua de diversos tipos en materia de planificación de salud, en especial aquellos dirigidos al personal que se desempeña de manera permanente en la prestación de servicios de salud (tanto públicos como privados).

El tema central del Taller—la enseñanza de la planificación de salud—fue enfocado desde tres puntos de vista:

1) La enseñanza de la planificación como parte del proceso de ejecución de las políticas de salud.

2) La enseñanza de la planificación como parte del proceso de toma de decisiones.

3) La enseñanza de la programación de actividades en los cursos de planificación de salud.

*La enseñanza de la planificación como parte del proceso de ejecución de las políticas de salud*

Se identificaron algunas características comunes a la enseñanza de esta disciplina, tarea para la cual fue preciso descartar algunas de las variables externas a los cursos de planificación de salud, como son los aspectos político-sociales de la realidad donde operan y que determinan sus diferentes enfoques y recursos.

Este enfoque permitió diseñar una matriz (cuadro 1) que relaciona diversos componentes de la disciplina, como modelo explicativo, dirigido a identificar las necesidades de adiestramiento en planificación de salud; dicha matriz no pretende ser exhaustiva, por lo que queda abierta a las sugerencias y ajustes que se consideren pertinentes.

Se formularon orientaciones básicas para los programas de enseñanza, destacándose la importancia relativa de la teoría, el método y el análisis del contenido. Se consideró que en los cursos de pregrado es preciso dar una importancia mayor al conocimiento del contexto y que los aspectos teóricos no son fundamentales en este nivel; en cambio, en los cursos de nivel de maestría o de doctorado, los aspectos teóricos y los metodológicos adquieren mayor importancia (cuadro 2).

*Cuadro 1. Componentes de la enseñanza de planificación.*

Áreas de decisión	Teoría	Metodología	Contexto
Identificación de problemas	Planificación social	Epidemiología Mercadeo Métodos de investigación (Ej; seguro social)	Comunidad Mercado consumidor Productores "Lobbies" (grupos que tratan de influenciar al poder legislativo o gubernamental)
Determinación de objetivos	Planificación estratégica Administración por objetivos	Delphi CENDES/OPS	Políticas (médicas) Sector salud
Alternativas	Análisis decisional	Costo/beneficio Costo/efectividad Métodos de previsión	Recursos humanos, financieros y tecnológicos
Toma de decisiones	Análisis decisional	Tecnología Previsiones Costo/beneficio Investigación operativa Presupuesto por programa	Estructura Aspectos legales
Ejecución	Teoría de sistemas	Regionalización Atención progresiva de pacientes	Estructura
Evaluación	Investigación evaluativa ¿Porqué planificar?	Costo/beneficio Costo/efectividad	Todos

*Cuadro 2. Importancia relativa de los componentes en cursos conducentes a obtener un grado.*

Nivel	Teoría (%)	Metodología (%)	Contexto (%)
Doctorado	50	40	10
Maestría	40	40	20
Pregrado	30	40	30

*La enseñanza de la planificación como parte del proceso de toma de decisiones*

Se elaboró un marco de referencia en el que se identificó la necesidad de los países de la Región de contar, a corto plazo, con un número suficiente de personal universitario para desempeñarse, a nivel central o regional, en el campo de la planificación de salud.

El objetivo es adiestrar especialistas capaces de formular, administrar y evaluar planes, programas y proyectos de salud, con capacidad analítica para comprender los procesos sociales y sus relaciones con la planificación, e intervenir como agente de cambio en el proceso social. En consecuencia, se estimó que los programas de especialización eran los más adecuados para desarrollar los procesos de planificación y administración de los servicios de salud; con ese fin se elaboró el siguiente programa dirigido a profesionales de la salud con capacitación en salud pública, adquirida a través de cursos formales o de experiencia en el propio sector.

PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN PLANIFICACION DE LA SALUD

Parte I. La situación política, económica y social

Temas:

- Estructuras economicosociales
- Estado. Burocracia
- Políticas sociales
- Instituciones de salud

Parte II. La planificación económica y social

Temas:

- Determinantes históricos de la planificación económica y social
- Determinantes históricos de la planificación del sector público
- Determinantes históricos de la planificación del sector salud

Parte III. Métodos y técnicas

Temas:

- Teoría general de la planificación de salud
- Políticas, prioridades y estrategias

- Esquema general del plan
- Programación
- Ejecución y gestión
- Evaluación e información
- Formulación, administración y evaluación de proyectos
- Recursos humanos
- Inversiones físicas
- Insumos críticos
- Financiamiento
- Proyectos integrados

#### Parte IV. Prácticas de campo

##### *La enseñanza de la programación de actividades en los cursos de planificación de salud*

Se reconoció que este aspecto constituye solo parte del proceso de planificación y que, como tal, su enseñanza se debe incluir en cursos más amplios. Por otra parte, se destacó que el adiestramiento en programación de salud no solo es necesario a nivel operativo, sino también en otros niveles, aunque con diferencias cuantitativas y cualitativas.

Se identificó un amplio espectro de población que debe recibir esta clase de enseñanza, mediante cursos de pregrado, posgrado, o bien cursos especiales. Los cursos especiales pueden adoptar una gran diversidad de formas, dependiendo de las circunstancias locales. Entre ellos se destacan: cursos intensivos cortos impartidos en el propio servicio donde se desempeñan los trabajadores de salud; cursos a distancia, de mayor duración, pero con contenido similar, programas estructurados que otorgan un certificado, de más larga duración, instrumentados como programas nocturnos, etc.

Se sugirió que estos programas tuvieran una estructura modular, que permita al participante elegir tanto los contenidos que desea cursar como la carga de trabajo con que desea participar.

Para el desarrollo de los temas correspondientes a la programación de actividades, se recomendó el siguiente contenido curricular, que podrá adaptarse según cada situación.

#### CONTENIDO DE LOS CURRÍCULOS DE LOS CURSOS DE PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

1. Historia de la evolución de los conceptos fundamentales de la planificación y programación, con hincapié en el análisis crítico de la misma, ejemplos de éxitos y fracasos a nivel local, nacional e internacional, tanto del sector salud como de experiencias de planificación en otros sectores.

2. Determinantes del proceso de planificación.

a) Relaciones entre el proceso económico y la salud de la población.

b) Relaciones entre la planificación economicosocial y otras y la planificación de salud.

3. Explicación del proceso de planificación. Conceptos generales sobre el tema (plazos de planificación, tipos, ámbitos, etc.).
4. Conceptos básicos de planificación institucional.
  - a) Relaciones entre planificación, programación y ejecución.
  - b) Técnicas de planificación estratégica, gerencia por objetivo, control presupuestario, etc.
5. Programación de actividades de los servicios de salud.
  - a) Metodología general y técnicas de programación (incluyendo técnicas específicas como: PERT /CPM, PPBS, control de gestión, evaluación de proyectos, manejo de personal, etc.).
  - b) Análisis de los programas.
    1. Programas verticales *vs.* programas horizontales.
    2. Programas orientados a la solución de los problemas de salud (programas normativos).
    3. Programas orientados a la acción (programas operativos, según nivel de complejidad de los servicios).
6. Instrumentación de los programas de actividades.
  - a) Control de la ejecución de las actividades.
  - b) Evaluación de actividades.
  - c) Evaluación de los resultados sobre los problemas de salud.
  - d) Reformulación crítica de los programas.
7. Trabajo práctico.
  - a) Ejercicios prácticos.
  - b) Trabajo de campo.

A modo de orientación se elaboró el siguiente cuadro de asignación de carga de trabajo, según los contenidos curriculares sugeridos para los tres tipos de cursos identificados. Dicha asignación se estableció como un porcentaje del total de horas que se consideraron necesarias.

<i>Contenido</i>	<i>Curso de pregrado (%)</i>	<i>Curso de posgrado (%)</i>	<i>Cursos especiales (%)</i>
1. Historia	5	2	
2. Determinantes del proceso de planificación	10	5	
3. Explicación del proceso de planificación	10	5	10
4. Planificación institucional	10	8	
5. Programación de actividades	30	30	40
6. Instrumentación de los programas	15	25	20
7. Trabajo práctico	20	25	30
Total	100	100	100
Total de horas destinadas a programación de actividades	30	80	80
Total de horas destinadas a materias conexas y a programación	250	280	

(En curso de posgrado de más de 1.000 horas)



El taller recomendó también:

1. El establecimiento de un servicio de información e intercambio bibliográfico entre los diversos centros de enseñanza de la planificación, con las siguientes actividades:
  - Elaboración de un boletín informativo con los principales artículos y revistas que se publican sobre la disciplina.
  - Reforzamiento de los servicios de reproducción de los artículos solicitados por los centros de enseñanza.
  - Intercambio de documentos de trabajo entre los centros.
2. El establecimiento de un programa dirigido a la producción de nuevo material informativo y docente acerca de la planificación de salud, a través de:
  - El nombramiento de un grupo de expertos en planificación, para que propongan la traducción y difusión de artículos.
  - La instrumentación de un programa que estimule la publicación de artículos originales sobre la materia.
  - La preparación de material para el análisis de casos concretos, en diferentes áreas geográficas y contextos socioeconómicos.
3. El desarrollo de mecanismos de intercambio docente entre los diferentes centros de enseñanza.

Se seleccionó la bibliografía siguiente, que se estimó adecuada para los diferentes modelos de cursos presentados. La selección es solo un punto de partida para una primera serie de lecturas, que puede ajustarse a las necesidades específicas de cada nivel de adiestramiento, al contexto donde se desarrolle el programa, y al medio ambiente en el cual trabajaría el egresado.

### Bibliografía seleccionada

#### *Enseñanza de la planificación como parte del proceso de ejecución de las políticas de salud*

Achavafel, D. Planificación, administración y organización de los servicios de salud. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud* 1:91-105, 1975.

Acherson, R. La epidemiología en la evaluación y planificación de los servicios de salud. *Revista de Atención Médica (CLAM)* 2 (3/4):97-125, 1973.

Brager, G. y H. Specht. *Planning for Social Welfare*. Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall, 1977, págs. 226-236.

Chorny A. La epidemiología, la planificación, la necesidad de atención de la salud y los sistemas de información. *Revista de Atención Médica (CLAM)* 2 (3/4):125-161, 1973.

Galván E., J. La teoría de los sistemas aplicados a la administración de salud. En: *XI Seminario Internacional sobre Administración de Servicios de Salud*. Publicación Científica de la OPS 271. Washington, D.C., 1973, págs. 48-67.

Gil Corrales, M. El método PERT/CRM en la programación de salud. *Salud Pública Méx* XIII(6):953-966, 1971.

Holland, W. W. y A. H. Wainwright. Epidemiology and health policy. *Epidemiologic Reviews* 1:211-232, 1979.

Isaza, P. A. La planificación en salud en América Latina. *Revista de la Escuela de Salud Pública (Medellín)* 2(2):99-107, 1976.

Knox, E. G. (ed.). *Epidemiology in Health Care Planning*. Londres, Oxford University Press, 1979, págs. 110-135.

- Mejía, A. Infraestructura en el desarrollo de investigaciones aplicadas a servicios de salud. *Cuadernos de la Escuela de Salud Pública* (Caracas) 40:65-81, 1979.
- Molina, G. Teoría y práctica de la participación de la comunidad en Antioquia. *Revista de la Escuela de Salud Pública* (Medellín) 4 (1):93-103, 1978.
- Montoya Aguiar. Objetivos de salud y decisión política. *Boletín de Salud Pública* (Caracas) 12 (38):37-44, 1974.
- Navarro, V. Health services in Cuba: an initial appraisal. *N Engl J Med* 287:954-959, 1972.
- Neri, A. La formación de recursos humanos y las necesidades de los servicios de salud. *Educ Méd Salud* 9 (3):272-284, 1975.
- Paganini, J. M. Investigaciones colaborativas en servicio de atención de la salud. *Medicina y Sociedad* 1 (4-5): 205-214, 1978.
- Pertile, A. Sistemas de información en salud y su desarrollo. *Medicina y Sociedad* 1 (4-5):215-225, 1978.
- Ramos, R. O problema de análisis en saude pública. *Rev Saude Pública* 8 (3):305-314, 1974.
- Richardson, W. C. y D. Neuhauser. First question in health planning: Does the public know what it wants, or not? Copyright 1968 by McGraw-Hill, Inc. Reimpreso en *Modern Hospitals* 110 (5), 1968.
- Rosenfield, A. G. *Modern Medicine and the Delivery of Health Services: Lessons from the Developing World*. Nueva York, Columbia University College of Physicians and Surgeons, 1975.
- Tesia, M. Planificación de recursos humanos para la salud en cuanto a tipos, cantidad y adecuación a la función. *Educ Méd Salud* 4 (1-2):48-70, 1970.
- Testa, M. Modelos de salud, las condiciones para su desarrollo. *Saude en Debate* 1:32-37, 1973.
- Von Hoegen, M.J.E. Metodología para determinar prioridades programáticas en el sector salud. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud* 9:111-121, 1978.

### *Enseñanza de la planificación como parte del proceso de toma de decisiones*

- Centro Panamericano de Planificación de la Salud. *Sistemas. Algunos conceptos de la teoría*. Santiago, Chile, 1976.
- Cibotti, R. y Bardeci, O. J. Enfoque crítico de la planificación en América Latina. OPS/Centro Panamericano de Planificación de la Salud, 1971.
- El sector público en la planificación del desarrollo*, 9ª ed. México, D.F., Ed. Siglo XXI, 1981.
- Fassler, C. Transformación social y planificación en América Latina. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, 1979.
- Hall, T. L. y A. Mejía. *Planificación del personal de salud: principios, métodos, problema*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1979.
- ILPES/UNICEF/CEPAL. *Discusiones sobre planificación*, 1962.
- ILPES/UNICEF. *La planificación social en América Latina*, 1980.
- Katz, J. *Oligopolio o monopolio? El caso de la industria farmacéutica*. México, D.F., Ed. Siglo XXI, 1973.
- Matus, C. *Estrategia y Plan*. México, D.F., Ed. Siglo XXI, 1973.
- Organización Mundial de la Salud. *El precio de los servicios sanitarios. Estudio de los "costes" y de las fuentes de financiamiento en seis países*. Cuadernos de Salud Pública 17. Ginebra, 1964.
- . *Estudio internacional de gastos de sanidad y su incidencia en la planificación de servicios de asistencia médica y salud pública*. Cuadernos de Salud Pública 32. Ginebra, 1967.
- . *Indicadores estadísticos para la planificación y la evaluación de programas de salud pública*. Serie de Informes Técnicos 472. Ginebra, 1971.

- . *Principios de la planificación sanitaria en la URSS*. Cuadernos de Salud Pública 43. Ginebra, 1973.
- . *Métodos de planificación sanitaria nacional*. Cuadernos de Salud Pública 46. Ginebra, 1973.
- . *Investigación de prácticas sanitarias y métodos matemáticos de gestión*. Cuadernos de Salud Pública 51. Ginebra, 1974.
- . *Métodos modernos de gestión y la organización de los servicios de salud*. Cuadernos de Salud Pública 55. Ginebra, 1974.
- . *Aplicación del análisis de sistemas a la gestión sanitaria*. Serie de Informes Técnicos 596. Ginebra, 1976.
- . *La financiación de los servicios de salud*. Serie de Informes Técnicos 625. Ginebra, 1978.
- . *Economía aplicada a la sanidad*. Cuadernos de Salud Pública 64. Ginebra, 1976.
- . *Pobreza, desarrollo y política de salud*. Cuadernos de Salud Pública 69. Ginebra, 1978.
- . *Orientaciones para la programación sanitaria por países*. Documento CHP/IRS/79, 5. Ginebra, 1979.
- . *Guía para la planificación de los recursos humanos en salud*. Ginebra, 1980.
- . *Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000*. Serie Salud para Todos 3. Ginebra, 1981.
- . *Proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud. Normas fundamentales para su empleo en apoyo de las estrategias de salud para todos en el año 2000*. Serie de Salud para Todos 5. Ginebra, 1981.
- . *Evaluación de los programas de salud—Normas fundamentales*. Serie Salud para Todos 6. Ginebra, 1981.
- OMS/UNICEF. *Decision-Making for Primary Health Care*. Ginebra, 1981.
- Organización Panamericana de la Salud. *Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud*. Publicación Científica 111. Washington, D.C., 1965.
- . *Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud*. Publicación Científica 279. Washington, D.C., 1973.
- . *Comité Regional Asesor sobre Estadísticas de Salud*. Publicación Científica 314. Washington, D.C., 1976.
- . *Financiamiento del sector salud*. Publicación Científica 208. Washington, D.C., 1976.
- . *Las condiciones de salud en las Américas, 1973-1976*. Publicación Científica de la OPS 364. Washington, D.C., 1978.
- . *Informe del Simposio sobre Tecnología apropiada para Salud*, Washington, D.C., 1980.
- . *Salud para todos en el año 2000. Estrategias*. Washington, D.C., Documento Oficial 173, 1980.
- . *Salud para todos en el año 2000. Plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales*. Documento Oficial 179. Washington, D.C., 1982.
- Serrano, M. M. *La planificación social en prospectiva*. ILPES/UNICEF/CEPAL. Doc. CPS-24, 1980.
- Testa, M. *Métodos y modelos*. Santiago, Chile, Centro Panamericano de Planificación de la Salud, 1971.

### *Enseñanza de la programación de actividades en los cursos de planificación de la salud*

American Public Health Association. *Inventory of Low Cost Health Delivery Systems in Developing Countries*. Washington, D.C., 1975.

Bravo, A. L. Regionalización, organización y funcionamiento coordinado de los servicios de salud en zonas rurales y urbanas. *Bol Ofic Sanit Panamer* 77:(3):231-246, 1974.

Crystal, R. A. y A. W. Brewster. Cost/Benefit and Cost Effectiveness Analysis in the Health Field: An Introduction. *Inquiry* 3 (4):3-13, 1966.

Da S. Gandra, D. El concepto de comunidad y su relación con los programas de salud. *Educ Méd Salud* 11 (3):205-236, 1977.

Djukanovic, V. y E. P. Mach. *Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries*. Ginebra, OMS, 1975.

Flexner, W. A., C. P. McLaughlin y J. E. Littlefield. Discovering what the health consumer really wants. *HCM Review* (fall) 1977.

Fossaert, H., A. Llopis y H. Tigre. Sistemas de vigilancia epidemiológica. *Bol Ofic Sanit Panamer* 76 (6):512-528, 1974.

Hevia Rivas, P. Modelos de participación de la comunidad en los programas de salud. *Educ Méd Salud* 5 (2):108-130, 1971.

Levin, A. L. Cost effectiveness in maternal and child health: Implications for program planning and evaluation. *N Engl J Med* 278:1041-1047, 1968.

Organización Mundial de la Salud. *El trabajador primario de salud—Guía para la capacitación, pautas para la capacitación, pautas para la adaptación*. Ginebra, 1980.

—. *The Programming and Management of Health Services*. ICP/SHS 058, Health Planning and Economics, Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud. Extensión de la cobertura en los servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad. *Bol Ofic Sanit Panamer* 83(6):477-507, 1977.

Osuna, J. El concepto de riesgo en la atención materno-infantil. En: *Condiciones de salud del niño en las Américas*. Publicación Científica de la OPS 381. Washington, D.C., 1977, págs. 89-95.

Villegas, H. Costa Rica. Recursos humanos y participación de la comunidad en los servicios de salud en el medio rural. *Bol Ofic Sanit Panamer* 84(1):13-23, 1978.

---

### Apéndice

#### Participantes en el Taller

- Dr. Virgilio Alonso, Escuela de Salud Pública, Buenos Aires, Argentina  
Sra. Miren Sonia Araiz, Economista, Ministerio de Salud, Brasilia, D.F., Brasil  
Prof. Fernando Carmona, Escuela de Administración de Empresas de São Paulo (PROAHSA), Fundación Getulio Vargas, São Paulo, Brasil  
Ing. Narciso Contreras, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Universidad de Chile, Santiago, Chile  
Sr. Anthony Drayton, Oficial de Investigaciones—Educaador en Salud, Ministerio de Salud, Bridgetown, Barbados  
Dr. David Gómez Cova, Escuela de Salud Pública, Caracas, Venezuela  
Dr. Dalton Mario Hamilton, Escuela Nacional de Salud Pública, Rio de Janeiro, Brasil  
Prof. Virginia Hennelly, Escuela de Medicina, Universidad de Washington, St. Louis, Missouri, Estados Unidos de América  
Prof. George Kastner, Instituto de Estudios Superiores de Administración (IESA), Caracas, Venezuela  
Dr. Alla Kiran Humar, Universidad de las Indias Occidentales, Kingston, Jamaica  
Dr. Marcos Kisil, Fundación Getulio Vargas (PROAHSA) São Paulo, Brasil  
Dr. Guillermo Llanos, Universidad del Valle (PROAHSA), Cali, Colombia  
Sr. Dorbrene O'Marde, Ministerio de Salud, St. Johns, Antigua

- Dr. José Manzano, Escuela de Salud Pública, México, D.F.  
Dr. Frederick Nunes, Universidad de las Indias Occidentales, Kingston, Jamaica  
Sr. Cortez Nurse, Oficial de Desarrollo de la Administración, CARICOM, Guyana  
Sra. Nancy Pena de Bisono, Universidad Católica Madre y Maestra (PROAHSA), Santiago, República Dominicana  
Dr. Daniel Purcallas, Ministerio de Salud Pública, Montevideo, Uruguay  
Dr. Emiro Trujillo, Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín, Colombia

*Organización Panamericana de la Salud*

- Dr. Mario Boyer, Asesor en Planificación de Salud, División de Servicios Integrados de Salud, Washington, D.C.  
Dr. Humberto de Moraes Novaes, Asesor Regional en Educación en Administración de Salud, División de Recursos Humanos e Investigación, Washington, D.C.  
Dr. Jorge Peña Mohr, Asesor Regional en Administración Institucional, División de Servicios Integrados de Salud, Washington, D.C.  
Dr. José María Paganini, Oficial de Programas, Bridgetown, Barbados  
Sr. Jim Potts, Asesor en Planificación de Salud, Bridgetown, Barbados  
Ing. Francisco Salazar, Area V, Brasília, Brasil

# Noticias

---

---

## CAPACITACION DE ESPECIALISTAS EN SALUD ANIMAL

La Organización Panamericana de la Salud formará alrededor de 600 profesionales, en su mayor parte veterinarios, para programas de mejoramiento de la nutrición sobre la base de un mayor consumo de proteínas de origen animal, y para programas que reduzcan la exposición a las zoonosis. El proyecto de adiestramiento, que durará tres años, se financia con una subvención del Banco Interamericano de Desarrollo por valor de US\$2.200.000. La OPS y el Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria (OIRSA) han sido designados como organismos ejecutores.

La OPS celebrará seminarios y organizará cursos para veterinarios en diversos países, y OIRSA se concentrará en el adiestramiento de unos 245 inspectores de salud animal y vegetal.

Los seminarios y cursos tratarán sobre temas tales como administración de programas de salud animal; elaboración, inspección y aplicación de la vacuna anti-ftosa con coadyuvante oleoso; vigilancia epidemiológica; comunicación social, y cuarentena de animales. En el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, en Rio de Janeiro, se impartirán cursos sobre preparación de vacunas.

Los objetivos del programa son: formación del personal necesario para fortalecer los programas de salud animal, mejoramiento de las medidas de prevención de enfermedades y protección de la salud animal y vegetal, y colaboración con los países para que logren su autosuficiencia en materia de adiestramiento de personal de salud animal.

## CURSOS DEL NUTES/CLATES (RIO) EN 1982

El Núcleo de Tecnología Educacional para la Salud (NUTES) y el Centro Latinoamericano de Tecnología Educacional para la Salud (CLATES) de la OPS, con sede en Rio de Janeiro, Brasil, han anunciado la programación de los siguientes cursos de extensión en 1982:

- Didáctica aplicada a las ciencias de la salud (15-26 de marzo).
- Dinámica de grupo en educación (29 de marzo-2 de abril).
- Currículos en ciencias de la salud (12-23 de abril).
- Enseñanza de las ciencias del comportamiento en las escuelas de salud (26-30 de abril).
- Enseñanza por módulos (3-14 de mayo).
- Evaluación en la enseñanza de las ciencias de la salud (17-21 de mayo).

- Estrategias metodológicas para educación continua (24-28 de mayo).
- Formación de recursos humanos en supervisión (31 de mayo-4 de junio).
- La computadora como recurso para el procesamiento (14-18 de junio).
- Didáctica aplicada a las ciencias de la salud (21 de junio-2 de julio).
- Experiencias en educación en el área de la salud (5-16 de julio).
- Planificación de recursos humanos (12-16 de julio).
- Introducción a los medios audiovisuales en educación (19-30 de julio).
- Metodología de la enseñanza clínica (16-20 de agosto).
- Enseñanza de la problemática de la muerte en las escuelas de salud (20-24 de septiembre).
- Tecnología educacional y recursos humanos para atención primaria (11-15 de octubre).
- Técnicas para la formación de actitudes en el área de la salud (25-29 de octubre).
- Introducción a los medios audiovisuales en educación (8-19 de noviembre).
- Evaluación en la enseñanza de las ciencias de la salud (22-26 de noviembre).

Para más informes dirigirse a: Dr. Jorge Galperin, NUTES/CLATES, Caixa postal 8002-ZC 24, Rio de Janeiro, Brasil.

## CURSOS DEL CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA Y DESARROLLO HUMANO EN 1982

El Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (OPS), en Montevideo, en colaboración con el Ministerio de Salud Pública de Uruguay y la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, llevará a cabo durante 1982 los siguientes cursos de adiestramiento dirigidos a profesionales vinculados al área perinatal:

- Fundamentos científicos para el cuidado integral de la madre, el feto y el recién nacido, y sus aplicaciones en clínica y salud pública (3 de mayo-17 de diciembre).
- Especialización en salud perinatal (dos años, a partir del 3 de mayo).
- Metodología para la investigación epidemiológica, operacional y clínica en perinatología. Introducción a los sistemas de información en salud (17 de mayo-5 de junio).
- Ciclo sobre tecnologías apropiadas para la salud perinatal y maternoinfantil, que comprende:
  - a) Tecnologías apropiadas para la salud perinatal según niveles de riesgo (7-12 de junio).
  - b) Tecnologías apropiadas para el control del crecimiento intrauterino. Introducción a la ultrasonografía (14-19 de junio).
  - c) Tecnologías apropiadas para el control del crecimiento posnatal (21-26 de junio).

d) Tecnologías apropiadas para el control del desarrollo pre y posnatal (28 de junio-3 de julio).

- Introducción en salud pública para el área perinatal y maternoinfantil (5-24 de julio).
- Tecnologías apropiadas para la salud perinatal y maternoinfantil para parteras y enfermeras universitarias (6-18 de septiembre).
- Pasantías. Se trata de programas individuales de duración variable que se impartirán de marzo a diciembre.

La adjudicación de plazas y becas se realiza por vía institucional. Los interesados deben hacer llegar su solicitud, junto con una carta de la institución que los patrocina, a las autoridades del Ministerio de Salud de su país de origen. Obtenida la aprobación oficial, el pedido debe dirigirse al Representante de la Organización Panamericana de la Salud en el país. Para información adicional referente al contenido de los cursos, gestiones de becas o reservas de hoteles, dirigirse a: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, Programa de Adiestramiento, Casilla de Correo 627, Montevideo, Uruguay.

#### VIII CONGRESO MUNDIAL DE LA LIGA INTERNACIONAL DE ASOCIACIONES EN FAVOR DE LAS PERSONAS CON DEFICIENCIA MENTAL

Bajo el lema "Compañerismo" se realizará en Nairobi, Kenya, del 19 al 27 de noviembre de 1982, el VIII Congreso Mundial de la Liga Internacional de Asociaciones en Favor de las Personas con Deficiencia Mental. Los objetivos primordiales del Congreso son lograr que se reconozca a tales personas como individuos plenos, y hacer escuchar la voz de los padres en su calidad de integrantes del equipo de profesionales, representantes gubernamentales y voluntarios que trabaja para mejorar los servicios que se les prestan a las personas con deficiencia mental.

En las sesiones plenarias se tratarán los siguientes temas: la sociedad ante la persona con deficiencia mental, la sociedad y la familia, la familia y la persona con deficiencia mental y su integración a la sociedad.

Para mayor información, dirigirse a: Kenya Society for the Mentally Handicapped, P.O. Box 42365, Nairobi, Kenya; o bien a Rue Forestière, 13, B-1050, Bruselas, Bélgica.

#### SIMPOSIO REGIONAL SOBRE RECURSOS HUMANOS PARA EL DECENIO INTERNACIONAL DEL AGUA POTABLE Y DEL SANEAMIENTO AMBIENTAL

Están en marcha los preparativos de este simposio regional, patrocinado por la OPS, que se celebrará del 26 al 30 de julio de 1982 en la Ciudad de Panamá. El



logro de la meta del Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental (1981-1990) ha asumido gran importancia, no solo porque la provisión de servicios de agua y saneamiento constituye un fin en sí, sino porque dichos servicios han sido reconocidos universalmente como requisito indispensable para el logro de la salud para todos en el año 2000. El simposio se celebrará inmediatamente antes del XVIII Congreso de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS), cuyo tema básico será “ingeniería sanitaria y ambiental y su desarrollo en las Américas”. Durante sus trabajos, el congreso examinará y adoptará resoluciones relativas a las recomendaciones del simposio.

Por su parte, el simposio representa el esfuerzo más reciente por mejorar los recursos humanos para una serie de actividades en colaboración entre los países de las Américas y la OPS que viene desarrollándose desde hace decenios; específicamente se orienta hacia la formación de personal para programas que permitan dotar de servicios de agua potable y saneamiento a toda la población en los años que quedan del presente decenio.

Para el logro de ese objetivo habrá que extender dichos servicios a aproximadamente 150 millones de habitantes de zonas rurales y a bastante más del doble de zonas urbanas. Ello solo será posible si se despliega una acción completa y sistemática para vencer los obstáculos que se oponen al progreso en el sector, particularmente los relativos a la formación de recursos humanos.

Los intentos aislados son poco eficaces para resolver el problema de la disponibilidad de personal. La acción sistemática exigirá esfuerzos concertados de todos los que participan en la provisión de servicios de agua potable y saneamiento a nivel local, nacional, subregional y regional. El objeto de este simposio para las Américas es precisamente promover dicha acción sistemática.

¿Qué implica exactamente el desarrollo de recursos humanos para el Decenio? En América Latina y el Caribe significa que habrá que formar literalmente cientos de miles de personas para el sector de agua y saneamiento, si se quiere convertir en realidad la meta del Decenio—“agua para todos”. Además, será preciso despertar el interés de cada una de esas personas, educarlas y adiestrarlas en el desempeño de funciones diversas.

Hasta ahora, el adiestramiento solía limitarse a las personas que habían de trabajar directamente en el sector de agua, pero en adelante habrá que extender la acción educativa a toda la comunidad, así como a los centros de formación profesional y universitaria. En los proyectos habrá que asignar alta prioridad a la participación activa de los miembros de la comunidad, tanto en lo que respecta a la adopción y el cumplimiento de decisiones, como a la operación y el mantenimiento de los sistemas. Se considerarán como actividades complementarias y se desarrollarán al máximo en los países la educación académica y el adiestramiento en las organizaciones existentes.

Por lo que respecta al simposio regional, es de esperar que participen en él autoridades nacionales que puedan influir en el establecimiento de políticas y

estrategias y en la distribución de fondos de manera que permita adiestrar al personal necesario para el sector de agua y saneamiento. En el simposio se expondrán y examinarán, por una parte, la demanda de recursos humanos para el decenio y, por otra, los diversos medios utilizables para atender dicha demanda.

Habrà una amplia representación de paìses de las Américas, y 18 oradores presentarán documentos sobre los temas de estudio, seguidos de talleres en los que se deliberará sobre los temas y se prepararán las recomendaciones correspondientes. Entre otros aspectos, se dedicará atención particular a las instituciones de agua y saneamiento, al sistema académico oficial y a la educación y adiestramiento de la comunidad.

Como consecuencia del simposio regional es de esperar que se emprendan actividades nacionales y subregionales que promuevan más eficazmente tanto la autorresponsabilidad nacional en lo que respecta a conocimientos y desarrollo de recursos humanos, como a cooperación técnica entre paìses en desarrollo.

## VII SEMINARIO LATINOAMERICANO DE SALUD MATERNOINFANTIL

El Seminario se realizó en la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile del 21 de septiembre al 6 de noviembre de 1981 y contó con el auspicio de la OPS. Asistieron a él 17 profesionales de Bolivia, Brasil, Colombia, Guatemala y México y 16 de Chile. Con ellos ascienden a 276 los profesionales capacitados en estos seminarios de salud materno infantil.

El programa se desarrolló en cuatro unidades. La Primera Unidad, "Introdutoria", se refirió a los aspectos del desarrollo socioeconómico y de salud de la población latinoamericana.

La Segunda Unidad, "Riesgos Relevantes de la Familia, la Madre y el Niño", trató de los aspectos biológicos y epidemiológicos de la atención de la madre y el niño, las características del proceso reproductivo, del crecimiento y desarrollo del niño, los riesgos más frecuentes y las actividades a realizar en los diferentes niveles de atención médica para controlarlos.

La Tercera Unidad, "Planificación, Programación y Administración", comprendió generalidades sobre el proceso de planificación y programación general y el análisis de los programas materno infantiles y de bienestar familiar y de los aspectos administrativos de dichos programas.

La Cuarta Unidad, "Práctica de Terreno", se orientó al análisis de los servicios de atención materno infantil de los programas de salud de la mujer, el niño, el adolescente y el adulto joven, y de técnicas de evaluación a nivel urbano y rural.

Se incluyeron además visitas a centros de nutrición, jardines infantiles y hogares de menores, dedicados a la protección y rehabilitación del niño.

Se esperaba que con las enseñanzas recibidas durante el Seminario los participantes serían capaces de:

1. Utilizar información para describir el proceso de desarrollo económico y social de los países latinoamericanos y su interrelación con salud.
2. Seleccionar indicadores para evaluar la situación de la familia como núcleo básico de la sociedad y sus relaciones con los problemas de salud.
3. Actualizar y clasificar los conocimientos sobre procesos biológicos básicos que condicionan la salud de la madre, el niño, la familia y la comunidad.
4. Identificar los indicadores que influyen en el nivel de salud de la madre, el niño y el adolescente.
5. Identificar y presentar los sistemas de atención médica de los países latinoamericanos.
6. Evaluar las normas técnicas aplicadas a la atención médica de la mujer, del niño, del adolescente y del adulto joven.
7. Identificar, definir y aplicar los conocimientos sobre el proceso de planificación, programación y administración de salud.
8. Identificar y utilizar los mecanismos adecuados para la formulación de los programas de salud familiar en los distintos niveles de complejidad.
9. Definir y aplicar los contenidos teóricos del Seminario a situaciones reales observadas en la comunidad urbana y rural.
10. Evaluar servicios de salud y sus programas.

#### NOTICIAS DE EDUCACION EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD (PROGRAMA OPS/KELLOGG)

##### *Curso de Economía de Salud en la Universidad de York, Inglaterra*

Una de las principales áreas de estudio de economía en la Universidad de York es el posgrado en salud. El curso tiene dos partes: la primera (ocho meses) se dedica a clases teóricas y la segunda consiste en la preparación de un proyecto sobre la tutoría de un economista de salud. Las disciplinas son: matemática, econometría, teoría económica, economía de salud, sociología médica, epidemiología e investigación.

Para mayores informaciones escriba a: Institute of Social and Economic Research, Department of Economics and Related Studies, University of York, Heslington, York, YO15DD, England.

##### *Revista Latinoamericana de Salud*

A iniciativa de la Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México, se ha iniciado la publicación de una nueva revista sobre administración y salud. El primer número trata del estado y la salud en Venezuela, proceso de trabajo y condiciones de salud de trabajadores expuestos a riesgo eléctrico, medicina estatal en América Latina y mentiras y estadísticas de salud en América Latina.

Los interesados en suscribirse a la revista deben dirigirse a: Editorial Nueva Imagen, S.A., Apartado Postal 600, México, D.F., México.

*Memorándum de entendimiento para capacitación de personal de salud entre la OPS y la Fundación Getulio Vargas de São Paulo*

La Fundación Getulio Vargas (Escuela de Administración) firmó un memorándum de entendimiento con la OPS para que los candidatos indicados y becados por esta última sean admitidos sin someterse a pruebas extensas de selección en su curso de 18 meses de maestría en administración con énfasis en el área de sistemas de salud y hospitales.

Para mayores informaciones escribir a: Escola de Administração de São Paulo, Pos Graduação (PROAHSA), Ave. 9 de Julho, 2029, 01313 São Paulo, S.P., Brasil.

*Taller de Enseñanza de Investigación de Operaciones y Análisis de Sistemas en Cursos de Administración de Servicios de Salud*

A través del Programa OPS/KELLOGG de Educación en Administración de Servicios de Salud, se realizó en Caracas, del 8 al 12 de marzo de 1982 el Taller arriba mencionado, en el que participaron representantes de nueve países de la Región.

Los objetivos de este Taller fueron:

1. Intercambiar experiencias entre los programas de educación en administración de salud existentes en la Región.
2. Formular un plan de enseñanza básica de estas disciplinas en los programas de actividades de servicios de salud.
3. Seleccionar la bibliografía básica recomendable tanto para profesores y administradores de servicios de salud como para complementar la instrucción de los estudiantes.
4. Diseñar las bases de un programa de educación continua para profesores, investigadores y ejecutivos del sector salud.

El informe final del Taller se publicará durante el corriente año.

*Cursos en Colombia*

El Programa de Administración de Salud de la División de Salud de la Universidad del Valle, en Cali (Apartado Aéreo 2188), ha programado los siguientes cursos para 1982:

1. Magister en Administración de Salud (M.A.S.)

Duración: 18 meses

Cupo: 15 estudiantes

- Modalidad: Tiempo completo  
Requisitos: Título universitario  
Experiencia profesional en el sector salud no inferior a dos años  
Inscripciones: Hasta febrero 26  
Selección: Hasta abril 30  
Inicio: Septiembre 6
2. Curso Intensivo en Administración de Salud  
Duración: 500 horas  
Cupo: 30 estudiantes  
Modalidad: Tiempo completo  
Requisitos: Título universitario  
Experiencia profesional no inferior a dos años  
Inscripciones: Hasta mayo 31  
Selección: Hasta junio 30  
Inicio: Septiembre 20
3. Curso Intensivo en Administración de Salud para Funcionarios del Instituto de Seguros Sociales  
Duración: 500 horas  
Cupo: 30 estudiantes  
Requisitos: Título universitario  
Experiencia profesional en el sector salud, no inferior a dos años  
Inscripciones: Hasta febrero 26  
Selección: Hasta marzo 31  
Inicio: Abril 12
4. Seminario para Coordinadores Técnicos de Servicios Seccionales de Salud de Colombia  
Fecha: Febrero 8 a 12
5. Seminario para Jefes de Servicios Seccionales de Salud  
Fecha: Octubre 4 a 8

### *Cursos en Bélgica*

La Universidad de Lovaina, a través del Departamento de Administración de Hospitales y Atención Médica, ofrece cursos sobre: maestría en administración de servicios, maestría en administración de enfermería, doctorado en administración de servicios y programas de educación continua.

La Universidad viene manteniendo una serie de contactos con programas latinoamericanos para intercambio docente y estímulo para becarios de la Región.

Para mayor información dirigirse a: Prof. Jan E. Blanpain, Department of

Hospital Administration and Medical Care Organization, Vital Decosterstraat, 102, B-300 Leuven, Belgium.

#### *Cursos en Chile*

El Departamento de Salud Pública de la Universidad de Chile ofrece desde este año un programa de maestría que se desarrolla en tres semestres académicos con los siguientes temas: administración de salud, epidemiología, salud materno-infantil y salud ambiental.

Los interesados pueden solicitar información a: Dr. Ernesto Medina, Director, Departamento de Salud Pública, Universidad de Chile, Santos Dumont 999, Santiago, Chile.

#### *Centro de Educación en Administración de Salud, Bogotá*

La biblioteca del Centro de Educación en Administración de Salud (Apartado Aéreo 28504, Bogotá, Colombia) está interesada en ofrecer a sus usuarios una eficiente y rápida obtención de información sobre temas que requieran una búsqueda bibliográfica y documental especial en materia de administración en salud.

Con ese motivo desea obtener bibliografías, documentos, nombres de personas que realizan investigaciones sobre el tema y de instituciones especializadas en este campo, ya sea a nivel nacional o internacional.

#### *Nuevo Libro*

Acaba de publicarse la versión en español del libro *Salud y sistemas* de Mário M. Chaves (Ediciones de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela, 1ª edición en español de la 2ª edición en portugués). Ha sido traducido por los Dres. Héctor Sequera Palencia y Carlos Luis González.

Este libro viene a llenar un vacío en una materia que interesa a los planificadores y administradores de salud y a los docentes de salud pública de habla española.

El autor expresa en la introducción que no hay ningún cambio en su contenido respecto de la versión portuguesa original. Sin embargo, ha escrito un prefacio más extenso en el que comenta las críticas a su libro, reflexiona sobre ellas y acerca de lo que la realidad le ha enseñado en estos años, y en forma inteligente, mediante comentarios y referencias a otras opiniones, actualiza su libro.

La obra presenta en forma sencilla y de manera didáctica toda la complejidad que encierra el desarrollo de una línea de pensamiento renovador para explicar los múltiples aspectos que implica el conocimiento de la salud pública y los que se refieren a la formación de los recursos humanos que se requieren para su desarrollo.

El planteamiento que hace el autor es también una guía para lograr una pers-

pectiva más amplia de lo que es la sociedad como sistema y de cómo los subsistemas de salud y educación pueden contribuir al bienestar común.

Para información sobre nuevos libros norteamericanos sobre administración de servicios de salud escribir a: Aspen Systems Corporation, 1600 Research Boulevard, Rockville, Maryland 20850.

\* \* \*

Las instituciones y personas interesadas en divulgar noticias o informaciones sobre temas de educación en administración de servicios de salud pueden dirigirse a: División de Recursos Humanos e Investigación, Oficina Sanitaria Panamericana, 525 Twenty-third Street, N.W. (No. 607), Washington, D.C. 20037.

## Libros

---

---

### PUBLICACIONES DE LA OPS, 1981<sup>1</sup>

### PUBLICACIONES CIENTIFICAS<sup>2</sup>

**No. 404. Salud animal en las Américas, 1980** (98 págs.). Precio: US\$6,00. ISBN 92 75 31404 7

El volumen contiene los documentos de la I Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial (Washington, D.C., 1980). Esta no fue, en realidad, la primera reunión de este tipo, sino más bien una más de una serie de conferencias sobre zoonosis que la OPS ha venido celebrando en el Hemisferio. A las reuniones anteriores de la serie se les dio el nombre de "Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis".

Esta publicación comprende los documentos de trabajo presentados en el panel sobre el tema principal: "Los animales en la vida del hombre". Incluye también el informe final de la reunión, que describe el desarrollo de las sesiones plenarias y presenta las resoluciones aprobadas sobre los siguientes temas: programa y presupuesto del Centro Panamericano de Zoonosis, programa y presupuesto del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa; programa regional de educación para asistentes en salud animal; recursos de personal de veterinaria; estudio de diagnóstico de la situación de la salud animal en las Américas; control de la rabia; producción y control de biológicos, etc.

Publicada también en inglés (*Animal Health in the Americas, 1980*).

**No. 405. Malaria en las Américas. Informe de la Reunión de Directores de los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria en las Américas** (158 págs.). Precio: US\$6,00. ISBN 92 75 31405 7

El volumen transcribe los trabajos presentados en la Reunión del título, celebrada en Oaxtepec, Morelos, México, en marzo de 1979, y los documentos producidos en ella.

---

<sup>1</sup>Estas publicaciones se pueden adquirir al precio indicado, si se solicitan al Servicio de Distribución y Ventas, Organización Panamericana de la Salud, 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, o a la sede de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, Suiza, según corresponda. En Sudamérica, pueden ser adquiridas a través de la Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud de la OPS, Rua Botucatu 862, São Paulo, S.P., Brasil.

<sup>2</sup>La última lista de estas publicaciones apareció en *Educación médica y salud* 15(1), 1981, 104-110.



El contenido abarca tres aspectos: desarrollo y recomendaciones, donde se plantean las estrategias, las perspectivas y el objetivo de la erradicación; la situación de la malaria en los países de la Región, y el análisis de los problemas que afectan al progreso del programa de erradicación en las Américas. Concluye con las bases para la elaboración de un plan de acción en escala continental, que incluyen recomendaciones sobre metodología epidemiológica, medidas antimaláricas, financiamiento, investigaciones de campo y programas de adiestramiento.

También se presentan las opiniones sobre la malaria de especialistas autorizados de la Región, así como de expertos de la OMS en ese campo. Se analiza con detenimiento el surgimiento de la malaria en algunos países y el lento progreso del programa de erradicación en otros, las dificultades financieras que tienen que encarar la mayoría de los países para obtener insecticidas, medicamentos y otros materiales a costos cada vez más elevados, y los problemas técnicos que disminuyen y, en algunas zonas, llegan a anular la eficacia de las medidas aplicadas.

**No. 406. Crecimiento y desarrollo en los dos primeros años de vida posnatal**, por M. Martell, L. A. Bertolini, F. Nieto, S. M. Tenzer, R. Ruggia y R. Belitzky (99 págs.). Precio: US\$4,00. ISBN 92 75 31406 3

El volumen presenta un estudio sobre perinatología que recibió el Premio "Centenario de la Facultad de Medicina" de la Universidad de la República, Montevideo, Uruguay. Sus autores pertenecen al personal del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP).

Ha tenido que transcurrir largo tiempo para que se impusiera la idea de que el crecimiento humano se inicia a partir de la concepción y del nacimiento. Esto significa que, en todo estudio dirigido al crecimiento y desarrollo, deben considerarse los sucesos y factores que inciden en el período perinatal, a fin de concentrar en esa etapa los esfuerzos. Los autores de esta publicación han seguido exactamente esta idea.

En esta publicación, luego de una sección dedicada a antecedentes, que se refiere a los más importantes aspectos de la biología humana del crecimiento y desarrollo, se presentan los resultados de un meticuloso estudio longitudinal hasta los dos años de vida posnatal, en el que se incluye una nueva forma de evaluar el crecimiento, sobre la base de considerar los incrementos en relación con los valores previos.

**No. 407. Administración sanitaria de emergencia con posterioridad a los desastres naturales** (81 págs.). Precio: US\$6,00. ISBN 92 75 31407 1

Esta publicación está destinada a los dirigentes y administradores de alto nivel de los países en desarrollo propensos a los desastres, encargados de proporcionar servicios de salud inmediatamente después de desastres naturales repentinos.

Estos comprenden terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones, maremotos y vientos destructivos (ciclones, huracanes y tornados), pero no se incluyen las catástrofes producidas por la actividad del hombre, hambre colectiva, sequía, desastres de desarrollo lento y epidemias.

El objetivo de la obra es presentar un marco de referencia dentro del cual el administrador pueda adoptar decisiones racionales y eficaces respecto de las medidas de socorro. La publicación se divide en dos partes: la primera trata de los efectos del desastre sobre la salud y un enfoque del socorro, tanto desde el punto de vista de los problemas de salud comunes a todos los desastres como de aquellos vinculados a un tipo específico; la segunda parte se refiere a los procedimientos para el socorro de urgencia, por una parte, en relación con la salud, y, por otra, en cuanto a los problemas administrativos.

Publicada también in inglés (*Emergency Health Management after Natural Disaster*).

**No. 408. Guía para el diagnóstico de laboratorio del tracoma** (40 págs.). Precio: US\$6,00. ISBN 92 75 31408 X

Los recientes progresos en el diagnóstico de laboratorio del tracoma permiten confirmar el diagnóstico clínico en un gran número de casos y demostrar la presencia del agente aun en ausencia de signos clínicos manifiestos de enfermedad activa. Una aplicación más extensa de esos métodos introducirá un elemento objetivo y cuantificable no solo en el diagnóstico sino en los estudios epidemiológicos. Sin embargo, para poder comparar los resultados, es indispensable cierta uniformidad de métodos.

Las técnicas descritas en esta guía reflejan el consenso de los participantes en un simposio convocado por la OMS y celebrado en Londres en 1974, con el patrocinio de la Organización y el Instituto de Oftalmología de la Universidad de Londres.

Se expone un sistema de procedimientos para ser usados especialmente en el diagnóstico del tracoma en los países donde prevalece la enfermedad y donde las instalaciones de laboratorio son limitadas.

Publicada originalmente en inglés por la OMS (*Guide to the Laboratory Diagnosis of Trachoma*).

**No. 409. Ficha de crecimiento para uso internacional en el cuidado de la salud materna e infantil** (40 págs.). Precio: US\$6,00. ISBN 92 75 31409 8

La medición e interpretación del crecimiento en la infancia adquiere cada vez más importancia como índice para evaluar el estado nutricional y de salud de los individuos y las comunidades. Sin embargo, existe una gran variedad de sistemas de clasificación, lo que complica la tarea de elegir el más adecuado para su aplicación a nivel local y hace difícil la comparación a nivel regional e internacional. Con objeto de evitar estas dificultades, la OMS ha favorecido el establecimiento

de un sistema normalizado de registro e interpretación de datos sobre el crecimiento.

Esta publicación presenta las primeras actividades encaminadas a alcanzar ese objetivo, que consistieron en establecer y ensayar un prototipo de ficha de crecimiento basado en otras 55 empleadas en países de las diversas regiones de la OMS. Un grupo consultivo internacional, formado por especialistas en pediatría, antropometría, nutrición, salud de la madre y el niño, etc., estudió los resultados de una encuesta sobre el prototipo y, basándose en sus recomendaciones, se elaboró y ensayó un modelo para utilizarlo a escala internacional.

La ficha está formada por dos componentes: un registro de crecimiento o “ficha del hogar”, para niños de ambos sexos, con dos curvas de peso de referencia y un espacio para identificación del niño e información sobre su salud, datos que debe rellenar la madre para uso de la familia, la comunidad o el centro de salud; y la “ficha del servicio”, más compleja, con gráficos de peso y estatura para cada sexo, que conservará el centro de salud. La ficha así elaborada, que se reproduce en este libro, puede utilizarse en todos los países con las modificaciones que exijan las circunstancias locales.

Publicada originalmente en inglés por la OMS (*A Growth Chart for International Use in Maternal and Child Health Care*).

**No. 410. Guías para la vigilancia, prevención y control de la fiebre amarilla** (38 págs.). Precio: US\$4,00. ISBN 92 75 31410 1

En esta publicación se describen las características de la fiebre amarilla y se estudian los aspectos clínicos y epidemiológicos de sus dos modalidades fundamentales, la urbana y la selvática; los elementos para la vigilancia, teniendo en cuenta la detección del virus en el hombre, susceptibilidad de los grupos humanos, vigilancia de los monos, vigilancia del vector y otros factores; las actividades de vigilancia en distintas zonas; los factores que condicionan la aparición de epidemias; el riesgo de urbanización de la fiebre amarilla; las pruebas de laboratorio; las medidas de prevención y control, y la vigilancia de *A. aegypti*. En los anexos se ofrecen los datos necesarios para la vigilancia de la fiebre amarilla y un formulario para investigación de casos; se incluye una lista de laboratorios para el diagnóstico de la fiebre amarilla, y se presenta un glosario.

Las guías son una revisión de las secciones sobre fiebre amarilla y *Aedes aegypti*, de la Publicación Científica No. 288 de la OPS, *Sistemas de vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles y zoonosis*, 1974.

**No. 411. Ayuda en el hogar a las personas con impedimentos: un nuevo enfoque de la rehabilitación** (26 págs.). Precio: US\$3,00. ISBN 92 75 31411 X

Las Naciones Unidas designaron 1981 como Año Internacional de los Impedidos y la OPS colaboró en su celebración publicando este folleto que describe

una de las importantes actividades en el esfuerzo continuo que la sociedad debe hacer para mejorar la vida de las personas con incapacidades o impedimentos.

En ella se describen una serie de trabajos sobre el terreno realizados en varios pueblos de México para enseñar a los habitantes con impedimentos actividades sencillas que pueden realizar en el hogar, diseñadas para mejorar su estado físico y mental de modo que les permita vivir con más comodidad.

Se incluyen guías generales para las autoridades locales, maestros de escuela y trabajadores de salud de la comunidad; guías para las personas impedidas y sus familiares, para cualquier tipo de incapacidad, y guías que tratan problemas de impedimentos específicos.

Publicada también en inglés (*Helping Disabled Persons at Home: A New Approach to Rehabilitation*).

**No. 412. Compendio cifrado de la Clasificación Histológica Internacional de Tumores** (130 págs.). Precio: US\$8,00. ISBN 92 75 31412 8

Esta publicación reúne las listas resumidas de las 20 primeras clasificaciones histológicas de tumores de la OMS, con las correspondientes claves de morfología de la *Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología* (CIE-O) y de la Nomenclatura Sistemática de Medicina (SNOMED).

El Compendio facilitará el uso de estas clasificaciones histológicas además de fomentar el entendimiento y la cooperación internacionales en el campo de la oncología.

Publicada originalmente en inglés por la OMS (*A Coded Compendium of the International Histological Classification of Tumors*).

**No. 413. Informe del Comité Regional Asesor sobre la Clasificación Internacional de Enfermedades** (16 págs.). Precio: US\$4,00. ISBN 92 75 31413 6

El Comité Regional Asesor sobre la Clasificación Internacional de Enfermedades se reunió en Washington, D.C., en octubre de 1979. La reunión tuvo por objeto determinar las necesidades y establecer prioridades de cooperación técnica en relación con la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE) y evaluar las actividades realizadas al respecto; tomar decisiones sobre el uso de clasificaciones suplementarias, seleccionando aquellas que interesen a la Región o a cada país en forma individual; definir las necesidades de capacitación de personal, y esbozar las estrategias para contribuir a los programas de atención primaria de salud con clasificaciones adaptadas para ser empleadas en los informes de salud preparados por personal no médico.

En el informe se mencionan las actividades realizadas en relación con la CIE por los Centros de Brasil, Venezuela y América del Norte, así como por la OMS y la OPS.

Publicada también en inglés (*Report of the Regional Advisory Committee on the International Classification of Diseases*).

**No. 414. Salud animal en las Américas, 1981** (120 págs.). Precio: US\$6,00. ISBN 92 75 31414 4

Esta publicación presenta los documentos de la II Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial (Washington, D.C., 1981). El texto incluye el informe final de la reunión, con el desarrollo de las sesiones plenarias y las resoluciones aprobadas sobre política y estrategias de salud animal en las Américas para el decenio 1981-1990; propuestas de un programa quinquenal integrado de control y erradicación de las zoonosis y la fiebre aftosa en América Latina y el Caribe; informe de la vigilancia epidemiológica de la rabia en las Américas, 1980, y situación de los programas de control de la fiebre aftosa en América del Sur, 1980. Se presenta también el programa de temas y la lista de participantes de la reunión.

Publicada también en inglés (*Animal Health in the Americas, 1981*).

**No. 415. Pautas para la evaluación de programas de capacitación de personal de salud**, por F. M. Katz (40 págs.). Precio: US\$6,00. ISBN 92 75 31415 2

A pesar de que en la actualidad se reconoce la importancia de la evaluación para el buen funcionamiento de cualquier tipo de programa, son escasos los centros de formación de personal de salud en los que se toman las decisiones pedagógicas de acuerdo con una evaluación de las actividades. Esto se debe en gran parte a que no se sabe cómo hacer esa evaluación, razón por la que se ha tratado de evitar ese inconveniente con la publicación de esta obra en la que se analiza la manera de evaluar un programa educativo en cuanto a su carácter y calidad, y se dan las pautas que deben aplicarse. Se presentan esas pautas bajo cuatro encabezamientos generales que corresponden a las etapas de la evaluación: orientación; plan de evaluación; acopio de información sobre el programa y sus efectos, y análisis y preparación de informes. Las pautas van precedidas en cada sección por una breve nota explicativa, y cada una de ellas señala en rasgos generales los procedimientos que podrán aplicarse, seguidos, en la mayoría de los casos, por comentarios que destacan los problemas especiales. El anexo contiene sugerencias para la aplicación de las pautas en una evaluación.

Publicada originalmente en inglés por la OMS (*Guidelines for Evaluating a Training Programme for Health Personnel*).

**No. 416. Hospitales en las Américas** (50 págs.). Precio: US\$6,00. ISBN 92 75 31416 0

En los esfuerzos por extender la cobertura de atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, los servicios hospitalarios desempeñan un papel significativo. De ahí la importancia que adquiere la obtención de datos actualizados

para vigilar tanto el acceso y la utilización de los hospitales como la calidad de los servicios que proporcionan. El objetivo primordial de esta obra es ayudar a los planificadores, administradores, médicos y personal técnico, en los niveles nacionales y regional, a evaluar la disponibilidad de las instalaciones hospitalarias en América Latina y el Caribe, e indicar los tipos y la calidad de los datos disponibles en la OPS en Washington. Asimismo, pretende estimular la discusión sobre la necesidad de mejorar la información que proporcionan los hospitales, la definición de términos y la clasificación de los datos. La publicación incluye los temas siguientes: recursos hospitalarios, servicios hospitalarios y utilización de los hospitales.

Publicada también en inglés (*Hospitals in the Americas*).

**No. 417. Inmunización y atención primaria de salud: Problemas y soluciones** (40 págs.). Precio: US\$6,00. ISBN 92 75 31417 9

Como complemento importante de las reuniones periódicas regionales de los administradores nacionales del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), la OPS organizó dos reuniones, una en español para los representantes de América Latina, que se celebró en Quito en mayo de 1981, y otra para los participantes de habla inglesa del Caribe, que se realizó en Kingston en septiembre del mismo año. Los objetivos generales de ambas reuniones fueron identificar las dificultades que obstaculizan el avance del PAI y proponer soluciones que sean viables como parte de la atención primaria de salud.

La publicación incluye los temas siguientes, preparados por los participantes de las reuniones: inmunización y atención primaria; programación y evaluación; estrategia para incrementar la cobertura; supervisión y educación continua; la cadena de frío; promoción y participación de la comunidad; coordinación; adiestramiento de personal; vigilancia e informes epidemiológicos, y administración de recursos y financiamiento.

Publicada también en inglés (*Immunization and Primary Health Care: Problems and Solutions*).

**No. 418. III Seminario Regional sobre Tuberculosis: Quimioterapia** (132 págs.). Precio: US\$8,00. ISBN 92 75 31418

Este Seminario se realizó en la Sede de la OPS, en Washington, D.C., en marzo de 1979. La publicación comprende el informe final y los documentos de trabajo sobre los dos temas que se trataron en dicho Seminario.

Bajo el tema I—Progresos actuales en la quimioterapia de la tuberculosis—se incluyen trabajos sobre: bases bacteriológicas de la quimioterapia de la tuberculosis; eficacia de la quimioterapia de corta duración; reacciones adversas y toxicidad de las drogas antituberculosas; investigaciones sobre quimioterapia; experiencias con la quimioterapia de corta duración, y eficacia de la quimioterapia como método de control de la tuberculosis.

Bajo el tema II—Aplicación de los conocimientos actuales sobre quimioterapia

a los programas de control de la tuberculosis en América Latina y el Caribe—se presentan trabajos sobre: situación actual de los programas de control de la tuberculosis; costo de los esquemas terapéuticos, y aspectos operativos de la quimioterapia de corta duración.

DOCUMENTOS OFICIALES<sup>3</sup>

**No. 169. Proyectos de Programa y Presupuesto: OPS, 1982-1983; OMS, Región de las Américas, 1984-1985, y OPS Anteproyecto, 1984-1985** (607 págs.). ISBN 92 75 37169 5. Publicado también en inglés.

**No. 173. Salud para todos en el año 2000. Estrategias** (362 págs.). ISBN 92 75 37173 3. Publicado también en inglés.

**No. 174. Informe Final. Consejo Directivo de la OPS, XVII Reunión, Comité Regional de la OMS, XXXII Reunión** (124 págs.) Versión bilingüe en español e inglés. ISBN 92 75 07174 8

**No. 175. Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo, 1 enero-3 diciembre, 1980** (89 págs.). ISBN 92 75 37175 X. Publicado también en inglés.

**No. 176. XXVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XXXII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Actas resumidas** (325 págs.) Versión multilingüe. ISBN 92 75 07176 4

**No. 177. Informe Anual del Director, 1980** (178 págs.) ISBN 92 75 37177 6. Publicado también en inglés.

**No. 178. Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud, 85ª y 86ª Reuniones** (352 págs.) Versión multilingüe. ISBN 92 75 07178 0

## PUBLICACIONES PERIODICAS

**Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.** Vols. XC y XCI, 12 números, 1.128 págs. Suscripción anual: US\$10,00. ISSN 0030-0632

Este es el principal órgano de información científica de la OSP. Se publica mensualmente desde 1922 y se usan en el mismo los idiomas español (en mayor extensión), francés, inglés y portugués. Sus secciones son: artículos originales

<sup>3</sup>Los Documentos Oficiales No. 170 a 173 aparecieron en 1980.

sobre medicina preventiva, salud pública y otros temas relacionados con el campo de actividades de la OSP; reseñas, que contiene resúmenes de artículos sobre temas de medicina y salud pública; actualidades, que incluye noticias de interés en salud pública internacional y calendario de reuniones, y además, publicaciones recientes y relación al día de las Autoridades de Salud de los Gobiernos Miembros de la Organización Panamericana de la Salud.

**Bulletin of the Pan American Health Organization.** Vol. 15, 4 números, 416 págs. Suscripción anual: US\$8,00. ISSN 0085-4638

El *Bulletin* es la principal publicación científica en inglés de la OPS. Aparece trimestralmente y presenta información fundamental sobre los adelantos en el campo médico y de la salud en las Américas. Sus artículos, elegidos cuidadosamente para los lectores de habla inglesa, ofrecen información de los últimos acontecimientos y novedades en materia de salud en todo el mundo, y tratan de investigaciones médicas, medicina preventiva, administración de salud pública, nutrición, abastecimiento de agua y saneamiento, salud de la familia, psiquiatría y otros muchos temas de autores americanos y de otras partes del mundo. También se incluyen resúmenes de artículos de otras revistas, actualidades sobre problemas de salud, y reseñas de libros.

**Educación médica y salud.** Vol. 15, 4 números, 540 págs. Suscripción anual: US\$8,00. ISSN 0013-1091

Esta revista trimestral está destinada a apoyar las actividades de desarrollo de recursos humanos de los países de las Américas y a difundir técnicas modernas y experiencias en el campo de la enseñanza de las ciencias de la salud en general. Incluye artículos (la mayoría en español, aunque también se publican algunos en inglés y en portugués), reseñas, noticias e información sobre publicaciones recientes de la OPS y de la OMS y otros libros de interés para la educación y adiestramiento del personal de salud.

**Boletín Epidemiológico.** Vol. 2, 6 números, 72 págs.

Esta publicación bimensual informa sobre las enfermedades sujetas al Reglamento Sanitario Internacional, presentando los datos sobre casos y defunciones por cólera, fiebre amarilla y peste notificados en la Región de las Américas. Asimismo, incluye informes y reseñas de actualidad sobre otras enfermedades de importancia para la salud pública, y comentarios sobre programas de vigilancia, prevención y control de enfermedades en los países de la Región.

Aparece también en inglés.



**OPS Sucesos. Noticiero de la Organización Panamericana de la Salud.** Nos. 12-17, 14 págs.

Este noticiero bimensual proporciona información sobre las numerosas actividades que desarrolla la OPS, sobre las reuniones de sus Cuerpos Directivos y de la OMS y las de otros organismos internacionales o regionales. Incluye también un calendario de acontecimientos, una lista de acuerdos entre la OPS y gobiernos de las Américas, nombramientos en la OMS y la OPS y breves reseñas de publicaciones.

Aparece también en inglés.

**Preparación para casos de desastre en las Américas.** Nos. 6-9, 32 págs. ISSN 0251-4486

Este folleto trimestral de la Oficina de Preparativos para Socorros de Emergencia de la OPS ofrece noticias e información técnica sobre actividades regionales de salud de interés para el sector de desastres, sean estos naturales o provocados por el hombre. También incluye noticias de la OPS y la OMS, otros organismos y de los países, reseñas de publicaciones, fuentes de información y bibliografía selecta sobre este campo.

Aparece también en inglés.

**PAI Boletín Informativo. Programa Ampliado de Inmunización en las Américas.** Año III, Nos. 1-6, 48 págs.

Este *Boletín* bimensual preparado por el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de la OPS facilita información acerca de los programas de inmunización en la Región a fin de aumentar el caudal de conocimientos sobre los problemas que se presentan y sus posibles soluciones. Además de informar sobre la epidemiología de diversas enfermedades, principalmente poliomielitis y sarampión, en países de las Américas, y sobre vacunas y problemas de vacunación, proporciona datos sobre reuniones regionales y cursos relacionados con el PAI.

Aparece también en inglés.

#### OTRAS PUBLICACIONES

**Actividades en salud ambiental de la Organización Panamericana de la Salud.** Serie Ambiental No. 1., 58 págs.

Este es el primero de una serie de informes cuya frecuencia de publicación dependerá, en gran medida, del interés que despierte en los lectores. Como son muchas las personas e instituciones que participan en la labor de cooperación técnica de la OPS con los países en materia de protección de la salud ambiental, para el

éxito del programa es preciso que todos la conozcan; este es el objetivo que persigue esta Serie. Entre las actividades del programa de cooperación técnica que tratarán los informes figuran: extensión de los servicios de abastecimiento de agua y saneamiento, eliminación de desechos sólidos, fluoruración del abastecimiento de agua, prevención y control de la contaminación y otros riesgos ambientales para la salud, protección de los alimentos y de la salud de los trabajadores, y evaluación de los efectos de proyectos de desarrollo en la ecología y la salud humana.

Los informes son preparados y distribuidos por la División de Protección de la Salud Ambiental y se destinan al personal de la OPS asignado a proyectos, a los Centros Panamericanos de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) y de Ecología Humana y Salud (ECO) y a otros servicios técnicos, pero se enviarán también a personal directivo de países y de organizaciones internacionales que trabajen en aspectos relacionados con la salud ambiental, así como a personas e instituciones interesadas en la mejora y protección del medio ambiente de América Latina y el Caribe.

Aparece también en inglés.

**FORMULARIO DE SUSCRIPCION / SUBSCRIPTION FORM**

Oficina Sanitaria Panamericana / Pan American Sanitary Bureau  
525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, U.S.A.

Sírvanse suscribirme a / Please enter my subscription to

*Educación médica y salud*

POR UN AÑO  For 1 Year ..... US\$ 8.00  
 POR DOS AÑOS  For 2 Years ..... US\$15.00  
 POR TRES AÑOS  For 3 Years ..... US\$21.00

Acompaño al efecto el correspondiente cheque  giro  pagadero a: Oficina Sanitaria Panamericana

I enclose check  money order  payable to: Pan American Sanitary Bureau

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE / Name


\_\_\_\_\_  
 DIRECCION / Address

\_\_\_\_\_  
 CIUDAD / City

\_\_\_\_\_  
 PAIS / Country

En caso de **RENOVACION DE SUSCRIPCION**, sírvase devolver la etiqueta del sobre en el que recibe *Educación médica y salud*.

In case of **RENEWAL**, please return the address label from the envelope in which you receive *Educación médica y salud*.



# ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

*Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la*

## ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

La OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, hasta 1923 denominada Oficina Sanitaria Internacional, tuvo su origen en una resolución de la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos (México, enero de 1902) que recomendó celebrar "una convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las repúblicas americanas". Esta convención tuvo lugar en Washington, D.C., del 2 al 4 de diciembre de 1902 y estableció la Oficina con carácter permanente. El Código Sanitario Panamericano, firmado en La Habana en 1924 y ratificado por los Gobiernos de las 21 repúblicas americanas, confirió 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 celebrada en Buenos Aires ese mismo año.

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana (San Juan, Puerto Rico, 1958) decidió cambiar el nombre de la Organización Sanitaria Panamericana por el de Organización Panamericana de la Salud. El nombre de la Oficina no fue modificado.

En virtud del acuerdo celebrado entre la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, en 1949, la Oficina Sanitaria Panamericana asumió las funciones de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. La Organización Panamericana de la Salud es reconocida también como organismo especializado interamericano en el campo de salud pública con la más amplia autonomía en la realización de sus objetivos.

Los propósitos fundamentales de la Organización Panamericana de la Salud son la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes. En el cumplimiento de sus propósitos, la Oficina colabora con los Gobiernos Miembros en pro del desarrollo y mejoramiento de los servicios nacionales y locales de salubridad, facilita los servicios de consultores, concede becas de estudio, organiza seminarios y cursos de capacitación, coordina las actividades de los países limítrofes en relación con problemas comunes de salud pública, recopila y distribuye información epidemiológica y datos de estadística de salud, y desempeña otras funciones afines.

### GOBIERNOS MIEMBROS DE LA OPS

Argentina  
Bahamas  
Barbados  
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 Vicente y  
Granadinas  
Santa Lucía  
Suriname  
Trinidad y Tabago  
Uruguay  
Venezuela

### GOBIERNOS PARTICIPANTES

Francia

Reino de los Países Bajos

Reino Unido

### OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Director

Dr. Héctor R. Acuña

Director Adjunto

Dr. S. Paul Ehrlich (h.)

Subdirector

Eusebio del Cid Peralta

### OFICINAS DE AREA

Area I, Apartado 6722  
Caracas, Venezuela

Area III, 7ª Ave. 12-23, Zona 9  
Guatemala, Guatemala

Area V, Caixa Postal 04-0229  
Brasilia, D.F., Brasil

Area II, Apartado 105-34  
México 5, D.F., México

Area IV, Casilla 2117  
Lima, Perú

Area VI, Charcas 684, 4° piso  
Buenos Aires, Argentina

### Oficina de Campo

509 U.S. Court House  
El Paso, Texas, E.U.A.

### Caribe

Coordinador de Programa en el Caribe  
P.O. Box 508, Bridgetown, Barbados

### OFICINA CENTRAL

525 Twenty-Third Street, N.W.  
Washington, D.C. 20037, E.U.A.

## **CONTENIDO**

**EDITORIAL: PARTICIPACION DE LAS UNIVERSIDADES EN EL  
DESARROLLO ECONOMICO Y SOCIAL DE LAS AMERICAS—  
HECTOR R. ACUÑA**

**LA ACTITUD DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA HACIA LOS  
ASPECTOS PREVENTIVOS Y SOCIALES DE LA ENSEÑANZA Y  
DEL EJERCICIO MEDICOS**

**EL INTERNADO EN LOS ESTUDIOS MEDICOS**

**LA "HISTORIA DE SALUD" DE PACIENTES O GRUPOS COMO  
METODO DE REGISTRO DE DATOS**

**COOPERACION TECNICA PARA LA PLANIFICACION DE RECURSOS  
DE PERSONAL DE SALUD**

**COGNITIVE LEARNING IN THE HEALTH SCIENCES: A CASE FOR  
SELF-INSTRUCTION**

**EXPERIMENTACION CON SERES HUMANOS Y ETICA MEDICA—  
NORMAS INTERNACIONALES PARA LA INVESTIGACION  
BIOMEDICA PRACTICADA EN SERES HUMANOS**

**REORGANIZACION DEL SECTOR SALUD: CONTRIBUCION A LA  
EDUCACION EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD**

**RESEÑAS**

**NOTICIAS**

**PUBLICACIONES DE LA OPS EN 1981**

