

# 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 17, Número 2  
1983

- 127 **Editorial:** Principios básicos y objetivos del Programa de Personal de Salud de la OPS—*José Roberto Ferreira*

## Artículos

- 129 La capacitación del médico cirujano según un modelo epidemiológico—*Adolfo Vélez Gil, Graciela Pardo de Vélez y Carlos Pérez*
- 138 Ciencia y arte en la dirección de tesis de grado—*José Sosa-Martínez*
- 150 O enfermeiro no seu “espaço”—*Emília Luígia Saporiti Angerami e Maria Cecília Puntel de Almeida*
- 163 Antecedentes para la enseñanza de nutrición en el sistema escolar chileno—*Sonia Olivares y Sergio Valiente*
- 173 Una nueva concepción para la formación de recursos humanos odontológicos—*Andrés Peralta, Juan Martínez, Rolando Batista y Patricio Yépez*

## Reseñas

- 187 Día Mundial de la Salud 7 de abril de 1983
- 192 El concepto de equidad en la atención primaria de salud—*Inés Durana*
- 197 Cardiopulmonary Resuscitation Graduate Education in Developing Countries—*John Cook Lane*
- 199 Naturaleza y propósitos de las monografías en el campo de la salud—*Mario Gutiérrez Layton*
- 204 Taller sobre la Enseñanza de la Administración Estratégica en Cursos de Administración de Salud

## Noticias

- 213 Nuevo Subdirector de la Oficina Sanitaria Panamericana
- 213 Premio Abraham Horwitz en Salud Interamericana otorgado a educadora colombiana
- 215 IV Congreso Internacional de Cirugía Dermatológica
- 216 X Congreso Internacional de Medicina Preventiva y Social
- 216 Noticias de educación en administración de servicios de salud (Programa OPS/Kellogg)

## Libros

- 221 Publicaciones de la OPS

*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

## PRINCIPIOS BASICOS Y OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE PERSONAL DE SALUD DE LA OPS

---

---

La nueva administración de la OPS ha puesto en marcha una estructura "que busca la correspondencia con los objetivos y las actividades identificadas por el Plan de Acción y que permita reorientar el trabajo de la OPS hacia las metas acordadas".<sup>1</sup>

El Plan identifica, por un lado, los programas prioritarios en cuanto a los problemas de salud y por el otro, el desarrollo de la infraestructura. Estos dos campos en la nueva estructura de la OPS han dado lugar a las áreas técnico-científicas de cooperación: Infraestructura de Sistemas de Salud y Programas de Salud. En el Area de Infraestructura de Sistemas de Salud está incorporado el Programa de Personal de Salud.

El Programa de Personal de Salud es la unidad de trabajo de la OPS responsable de la cooperación orientada a generar, manejar, utilizar y diseminar el conocimiento necesario para lograr el desarrollo del personal de salud de todas las categorías, con el fin último de proporcionar mejores niveles de salud a todos los grupos de población. Al relacionarlo con el proceso de administración del conocimiento que se propone en la nueva misión de la OPS, llegamos a la consideración de los factores de cambio que incluyen las siguientes acciones:

- Estimular el desarrollo de la investigación aplicada a la problemática del desarrollo de recursos humanos con énfasis en la investigación educacional.
- Promover la formulación de políticas de desarrollo de recursos humanos, basada en el conocimiento de la realidad.
- Reemplazar la programación educativa basada en objetivos de comportamiento por objetivos de proceso.
- Sustituir la erudición por los niveles de competencia para lograr la excelencia técnica que requiere el personal de salud como agente transformador y hacer su evaluación por el desempeño que efectúan a nivel del servicio.
- Correlacionar perfiles educacionales y ocupacionales como base a la mayor utilización del personal.
- Asignar una buena base de recopilación del conocimiento acumulado, facilitar el acceso al mismo y activar la diseminación de este conocimiento.

En un intento de organizar la acción del Programa de Personal de Salud en forma muy simplificada, el programa incluye dos grandes áreas con cinco objetivos cada una:

---

<sup>1</sup> Informe del Director sobre modificaciones en la estructura de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, D.C., OPS, Documento CE90/22 (6 de mayo de 1983), presentado a la 90<sup>a</sup> Reunión del Comité Ejecutivo de la OPS, 1983.

*A. Administración del proceso de desarrollo del personal de salud*

1. Promover la formulación de políticas de desarrollo de recursos humanos, con base en la política de salud y las estrategias regionales y nacionales.

2. Fortalecer la capacidad nacional para la investigación sobre sistemas de prestación de servicios y sobre educación de personal.

3. Conocer la estructura y características actuales del personal de salud, e identificar las características de las instituciones formadoras y utilizadoras de ese personal, para planificar el desarrollo de los recursos humanos.

4. Promover estudios sobre la estructura ocupacional del personal de salud en los países de la Región, con el fin de desarrollar políticas y planes de utilización.

5. Desarrollar el concepto de educación permanente del personal de salud, en estrecha relación con la supervisión y la investigación, para mantener un nivel apropiado en la capacitación durante toda su vida laboral.

*B. Formación de personal de salud*

6. Promover el desarrollo institucional y programático en los países, que les permita impulsar la transformación de los agentes (personal de salud) del proceso de prestación de servicios de salud, orientándolos a satisfacer las necesidades prioritarias y prevalentes, con visión de desarrollo futuro, mediante un proceso educacional multidisciplinario, creativo e innovador.

7. Estimular la formación de personal en salud pública y en administración en salud, bajo el concepto emanado de las necesidades de las estrategias nacionales, y con énfasis en la capacitación del personal en áreas prioritarias definidas por cada país.

8. Impulsar y reorientar el desarrollo educacional y tecnológico en la Región y en los países, y la producción de materiales educacionales apropiados.

9. Recuperar, analizar, procesar y diseminar la información científico-técnica producida en la Región y apoyar a los países para el logro de autosuficiencia en el manejo de sus sistemas de información bibliográfica.

10. Apoyar el desarrollo de mecanismos de selección, localización, monitoría y evaluación del adiestramiento directo de personal nacional, con la utilización de becas en estrecha relación con los programas técnicos específicos.

Para cumplir con estos principios y objetivos, entre otras estrategias principales, queremos destacar en esta ocasión el papel importante que tiene la información científico-técnica, con sus aspectos de recuperación, análisis, procesamiento y distribución de conocimiento. Por lo tanto, constituye especial preocupación del Programa de Personal de Salud continuar apoyando la creación de la red regional de información y el permanente desarrollo de la Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud (BIREME), del Centro de Información y Documentación de la Sede, y de la revista *Educación médica y salud*.

Hemos querido iniciar esta nueva etapa exponiendo a los lectores de *Educación médica y salud*, aunque sea en forma muy resumida, los principios básicos y los objetivos que normarán la cooperación técnica del Programa de Personal de Salud de la OPS y que orientarán a esta publicación, que ahora más que nunca debe ser el reflejo del pensamiento y la acción de los que están dedicados a formar a los trabajadores de la salud en los países de las Américas.

Dr. José Roberto Ferreira  
Coordinador del Programa de Personal de Salud, OPS

# La capacitación del médico cirujano según un modelo epidemiológico

ADOLFO VELEZ GIL, GRACIELA PARDO DE VELEZ Y CARLOS PEREZ<sup>1</sup>

---

---

## INTRODUCCION

El sistema de atención quirúrgica colombiano afronta graves problemas evidenciados por la baja cobertura de los problemas quirúrgicos, la utilización insuficiente de las instalaciones, la baja productividad de los cirujanos, las largas listas de espera, los altos índices de complicaciones y las infecciones quirúrgicas.

Esos problemas están íntimamente relacionados con el proceso formativo del médico general y del cirujano especializado. La formación de especialistas en cirugía se basa en el modelo creado por Halsted (1) a comienzos del siglo. De ordinario, la capacitación del cirujano dura de tres a cuatro años, en los que participa en una amplia gama de operaciones; sin embargo, posteriormente practica solo un limitado número de operaciones de cierto tipo, según lo demostrado por Hughes (2) y el grupo SICSIM. La competencia adquirida durante el período de capacitación en operaciones complejas, como pancreatoduodenectomía y derivación porto cava, se pierde rápidamente cuando esas intervenciones se practican solo en forma esporádica, lo que aumenta las complicaciones y la tasa de mortalidad. Por otra parte, el cirujano no recibe capacitación convencional para practicar operaciones poco complejas, que son mucho más comunes en el desempeño de su trabajo.

Además, la formación del médico general no abarca una capacitación bien estructurada en lo que a problemas quirúrgicos respecta, puesto que se supone que su función debería limitarse al envío del paciente al especialista, aun en casos de urgencia inmediata.

Asimismo, los cirujanos y anestesiólogos suelen establecerse en las grandes ciudades, lo que ocasiona una ausencia casi total de especialistas en las zonas rurales e inclusive en las zonas marginales de las grandes ciudades, en detrimento de la atención quirúrgica del gran núcleo de habitantes de esas zonas.

---

<sup>1</sup>Departamento de Cirugía, División de Salud, Universidad del Valle y Programa SICSIM, Unidad Regional de Salud, Cali, Colombia.

Con el fin de llevar a cabo programas de salud eficaces en los países que tienen recursos limitados, es necesario encontrar soluciones nuevas e ingeniosas a problemas que han existido siempre. Es evidente que los países como Colombia deberían examinar detenidamente su sistema quirúrgico y en particular sus programas de capacitación de médicos generales y de especialistas en cirugía.

En 1972, un grupo multidisciplinario de la Universidad del Valle, conocido con el nombre de Sistema de Cirugía Simplificada (SICSIM), comenzó a estudiar y caracterizar el sistema de prestación de servicios quirúrgicos. El SICSIM creó y probó modelos de atención quirúrgica con el objeto de ampliar la cobertura, reducir los costos, mejorar la calidad de la atención quirúrgica y garantizar la satisfacción de los pacientes y del grupo quirúrgico.

Una de las primeras actividades del programa consistió en la identificación de cinco variables en el proceso quirúrgico: 1) personal, 2) anestesia, 3) equipo y materiales, 4) quirófano y 5) hospitalización. Se emplearon esas variables para clasificar las operaciones en cuatro grados de complejidad: I, II, III y IV (3).

Posteriormente se realizó un estudio que arrojó los resultados siguientes: exceso de cirujanos y poca productividad (119 operaciones anuales por cirujano); poca complejidad de las operaciones practicadas: 74,8% de 50.782 operaciones correspondieron a los grados I y II. De las 33.065 operaciones de los grados I y II, 28.833 (86%) corresponden al grupo de las más frecuentes; de estas, 24.905 (87,5%) son realizadas por siete especialistas distintos (cuadro 1), pero podrían ser practicadas por uno solo en razón de su bajo grado de complejidad (véase el cuadro 2).

*Cuadro 1. Las 29 operaciones más comunes, por especialidad, Valle del Cauca, Colombia, 1974.*

Especialidad	No.	%
Cirugía general	10	34,5
Ginecología y obstetricia	7	24,1
Ortopedia	4	13,8
Otorrinolaringología	2	6,9
Urología	2	6,9
Oftalmología	2	6,9
Cirugía plástica	2	6,9
Total	29	100



*Cuadro 2. Operaciones más frecuentes en el Valle del Cauca y total de intervenciones en cada caso, 1974.*

1. Hernias (inguinal, femoral, epigástrica, umbilical)	4.440
2. Cesárea no especificada	3.018
3. Curación quirúrgica de pterigión	2.312
4. Tonsilectomía	2.277
5. Histerectomía abdominal	1.696
6. Extirpación focal de la piel y del tejido celular subcutáneo	1.648
7. Ligado de trompas	1.044
8. Circuncisión	936
9. Histerectomía vaginal o subtotal	817
10. Excisión focal o destrucción de lesiones ováricas	691
11. Excisión y ligación de várices	672
12. Incisión de la piel y del tejido celular subcutáneo	663
13. Mastectomía parcial	618
14. Sutura de la piel o de una membrana mucosa	504
15. Salpingectomía	377
16. Aplicación de dispositivos de tracción o sujeción externa	357
17. Sutura de músculos, tendones o aponeurosis	331
18. Hemorroidectomía	313
19. Curación quirúrgica de cistocele y rectocele	296
20. Excisión del cartilago semilunar de la articulación de la rodilla	277
21. Nueva sutura de la pared abdominal	251
22. Incisión ósea	205
23. Extirpación de chalazión	193
24. Cura de hidrocele y hematocele	186
25. Extirpación de una uña encarnada	179
26. Colporrafía	174
27. Incisión de músculos, aponeurosis y saco sinovial	155
28. Amputación y desarticulación de los dedos excepto el pulgar	142
29. Traqueotomía	133

En su búsqueda de posibilidades, el grupo investigador de SICSIM creó y sometió a prueba un modelo que al ser incorporado en la estructura de enseñanza y asistencia puede quintuplicar la cobertura de pacientes quirúrgicos empleando los recursos disponibles actualmente y, al mismo tiempo, ampliar la experiencia educativa de los estudiantes de medicina y cirugía. Este modelo de atención quirúrgica ha sido adoptado por la Unidad Regional de Salud de Cali y funciona en el Hospital Paz Borrero del Area II de esa ciudad.

Con base en el estudio de productividad de los cirujanos y en los modelos de servicio creados, se puede concluir que sería posible resolver muchos de los problemas del sistema quirúrgico si se dispusiera de un médico cirujano capacitado para practicar las operaciones más frecuentes ("el cirujano de las 29 operaciones"). Con ello se reduciría mucho el trabajo de

administración y programación y un solo cirujano podría resolver los problemas respectivos poco complejos, que en la actualidad deben ser resueltos por siete especialistas. Ello significa que los programas de especialización en cirugía tendrían como base la demanda de intervenciones y el grado de complejidad y no las regiones anatómicas (cuadro 3) como suele ser el caso.

La capacitación del cirujano debería corresponder a las necesidades quirúrgicas de la comunidad en que practica y estar integrada con la de los otros miembros del grupo quirúrgico, en sus aspectos preoperatorio y posoperatorio. El cirujano debería aprender la materia básica y adquirir la aptitud necesaria para prestar atención quirúrgica preoperatoria y posoperatoria mientras se capacita para practicar las operaciones más frecuentes y desempeñar otras funciones, como la administración de anestesia troncal o epidural o por infiltración. El conocimiento básico de la materia abarca anatomía, fisiología del órgano o de la región correspondiente y su relación con el tratamiento del organismo del paciente. Por ejemplo, en el tratamiento de una hernia es muy importante conocer a fondo la anatomía y la fisiología de la región.

Además, el cirujano debe conocer otras materias, como asepsia y antisepsia, curación, equilibrio hidroeeléctrico, reacción al trauma, complicaciones, atención ulterior a plazos corto y largo, costos para el paciente y para la sociedad, reacción del paciente en términos de satisfacción, técnicas para medir el resultado final de la atención quirúrgica y el efecto de la inversión en términos monetarios.

*Cuadro 3. Número de operaciones, según la región anatómica y la especialidad quirúrgica (las 29 operaciones más comunes).*

Región anatómica	Cabeza y cuello	Tórax	Abdomen	Región perineal	Genital masculina	Brazos y piernas	Cuerpo	Total
Cirugía general	1		7	1	1			10
Ginecología y obstetricia			3	4				7
Otorrinolaringología	2							2
Ortopedia						4		4
Urología					2			2
Oftalmología	2							2
Cirugía plástica							2	2
Total	5		10	5	3	4	2	29

## OBJETIVOS

El objetivo general del proyecto es crear y someter a prueba un modelo para la formación de un cirujano capaz de practicar las operaciones más frecuentes en la zona de influencia de la Universidad del Valle.

Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Definir las funciones, las actividades y los deberes del cirujano que practica las operaciones más frecuentes.
2. Determinar los criterios de atención quirúrgica de los grados I y II de la nueva clasificación, según el grado de regionalización de los servicios de salud.
3. Participar en el proceso administrativo de los grados I y II mediante aplicación del criterio de sistemas según las funciones de planificación, organización, ejecución, coordinación y control.
4. Determinar, con base en las funciones y actividades, las acciones de supervisión y control de la calidad necesarias para evaluar el modelo.
5. Analizar la prevalencia e incidencia de cada uno de los problemas relacionados con las operaciones más frecuentes en el Valle del Cauca.
6. Practicar las operaciones más frecuentes.

## METODOLOGIA

Algunas acciones se han emprendido a nivel del Ministerio de Salud, que permite cumplir con el requisito del año de práctica rural dentro de este proyecto. A nivel local, la Secretaría de Salud Municipal reconstruyó y adaptó el Hospital Joaquín Paz Borrero con la colaboración de SICSIM y la ayuda financiera de la Fundación Kellogg. Se refaccionó el área quirúrgica del hospital para permitir la práctica simultánea de dos operaciones en un solo quirófano, la instrucción de los pacientes y sus familias para que puedan desempeñar las actividades de atención posoperatoria en el hogar y la evaluación de los resultados mediante análisis ulteriores a corto y largo plazos.

El modelo del SICSIM—que permitirá quintuplicar la cobertura de pacientes con enfermedades que exigen intervenciones quirúrgicas de los grados I y II empleando los recursos existentes—ha sido puesto en práctica por la Secretaría de Salud en el Hospital Paz Borrero. La Universidad del Valle ha suscrito un contrato con el servicio seccional de salud para la utilización del Hospital Paz Borrero dentro del marco de la enseñanza y la asistencia.

El plan de estudios actual comprende cinco años de enseñanza, un año de internado (el sexto) y un año de práctica médica rural (el séptimo). La capacitación que se propone duraría dos años y habría dos posibilidades:

- Iniciar la capacitación en el año de práctica médica rural (séptimo año) y extenderla por un año más (octavo año).
- Iniciar la capacitación durante el internado (sexto año) y extenderla al año de práctica médica rural (séptimo año).

El proyecto se realizará en tres etapas: planificación, ejecución, y evaluación y publicación.

La etapa de planificación consiste en la preparación del material de enseñanza y se inicia con el estudio de las funciones y los deberes establecidos para la práctica de cada una de las operaciones más frecuentes. El material no se limitará a los aspectos estrictamente quirúrgicos sino que abarcará temas relacionados con epidemiología, administración y análisis de sistemas. Esta etapa será coordinada y manejada por el Director del programa y contará con la presencia de un educador dedicado exclusivamente al programa y de 10 consultores especializados en los siguientes campos: cirugía general, ortopedia, ginecología y obstetricia, cirugía plástica, urología, oftalmología, ojos, oídos, nariz y garganta, epidemiología, ingeniería de sistemas y administración sanitaria.

La etapa de planificación comprende también la definición y el establecimiento de acuerdos con entidades que estarán vinculadas al programa, la selección de personal docente, el establecimiento de criterios para la selección de candidatos y la selección propiamente dicha.

La etapa de ejecución durará dos años y se realizará en el Hospital Paz Borrero en el Area II de Cali. En esta etapa, el Director y el educador trabajarán en el programa solo medio tiempo, y se contará con los servicios de consultores expertos en los 10 campos de especialización citados. Los consultores se dedicarán a la enseñanza y a actividades de supervisión y control del programa. Se celebrarán seminarios periódicamente y a medida que se obtengan resultados. Se proyecta invitar a esos seminarios a los representantes de las instituciones docentes que participan en el proyecto.

La tercera etapa durará seis meses y se dedicará a la evaluación de las actividades realizadas y de los resultados obtenidos durante la etapa de ejecución. Comprenderá también la preparación de un informe sobre los resultados del programa y la elaboración de un plan para la puesta en práctica del modelo, en el que se incluirá cualquier modificación recomendada con base en los resultados de la evaluación.

## RESUMEN

El artículo se refiere a un programa puesto en marcha por un grupo multidisciplinario de la Universidad del Valle (Cali, Colombia) para mejorar los servicios quirúrgicos, ampliar su cobertura y prestar mejor atención a los pacientes. Con base en un estudio realizado sobre las operaciones más frecuentes en el Valle del Cauca, se diseñó un proyecto para la capacitación del cirujano en el área de influencia de la Universidad.

El proyecto tiene también un componente de asistencia. Actualmente se está llevando a cabo en un hospital de la región en el que es posible con el nuevo sistema realizar dos operaciones simultáneamente en un solo quirófano, instruir a pacientes y familias para realizar la atención en el hogar posteriormente a la operación y evaluar los resultados alcanzados con estas experiencias.

Se espera que con este programa será posible aumentar la cobertura de los enfermos que requieren intervenciones quirúrgicas sin necesidad de emplear más recursos que los ya disponibles.

## REFERENCIAS

- (1) Halsted, W. S. The training of the surgeon. *The Bulletin of the Johns Hopkins Hospital* 15(162):267-275, 1904.
- (2) Hughes, E. F., E. M. Lewitt y E. H. Rand. Operative workloads in one hospital's general surgical residency program. *New Engl J Med* 289:660-666, 1973.
- (3) Vélez-Gil, A. y A. González. Nueva clasificación de niveles de atención quirúrgica. *Acta Médica del Valle* 7(3):80-88, 1976.

---

## THE TRAINING OF THE SURGEON: AN EPIDEMIOLOGICAL MODEL (Summary)

The article concerns a program launched by a multidisciplinary group at del Valle University, at Cali, Colombia, to improve surgical services and extend their coverage, and to improve the care of the patients. On the basis of a study of the operations most frequently performed in Valle del Cauca department, a project has been designed for the training of surgeons in the University's area of influence.

The project has a care component as well. It is now being implemented in a hospital of the region, where the new system makes it possible to conduct two operations at the same time in the same operating room, instruct patients and the families on post-operative care in the home, and evaluate the results of the arrangement.

It is hoped that this exercise will make it possible to attend to more patients requiring surgery without need of more resources than those already available.

### A CAPACITAÇÃO DO MÉDICO CIRURGIÃO: SEGUNDO UM MODELO EPIDEMIOLÓGICO (*Resumo*)

O artigo refere-se a um programa executado por um grupo multidisciplinar da Universidade del Valle (Cali, Colômbia) para melhorar os serviços cirúrgicos, ampliar sua cobertura e prestar melhor atendimento aos pacientes. Com base num estudo realizado sobre as operações mais freqüentes no Vale do Cauca, elaborou-se um projeto para capacitação de cirurgiões na área de influência da Universidade.

O projeto inclui também um componente de assistência. Atualmente está sendo aplicado num hospital da região no qual é possível, com o novo sistema, realizar duas operações ao mesmo tempo numa sala só, dar instruções aos pacientes e famílias sobre os cuidados pós-operatórios em casa e avaliar os resultados alcançados com essas experiências.

Espera-se que com essa experiência seja possível aumentar a cobertura dos enfermos que requerem intervenção cirúrgica sem necessidade de recursos adicionais aos já disponíveis.

### LA FORMATION DU CHIRURGIEN: SELON UN MODÈLE ÉPIDÉMIOLOGIQUE (*Résumé*)

Cet article se réfère à un programme entrepris par un groupe multidisciplinaire de l'université del Valle (Cali, Colombie) pour améliorer les services chirurgicaux, élargir leur couverture et accorder une meilleure attention aux patients. Comme base d'une étude effectuée sur les opérations les plus fréquentes dans la vallée du Cauca a été conçu un projet de formation du chirurgien dans la zone d'influence de l'université.

Ce projet comprend également un élément d'assistance. Actuellement, il est mené dans un hôpital de la région où il est possible, grâce à un nouveau système, de réaliser simultanément deux opérations dans une même salle de chirurgie, d'instruire les patients et les familles pour qu'ils observent les soins nécessaires chez eux après l'opération, et d'évaluer les résultats obtenus avec ces expériences.

On espère que cette expérience permettra d'augmenter la couverture des malades qui ont besoin d'interventions chirurgicales sans que l'on ait à utiliser plus de ressources que celles disponibles.

---

### **CONGRESO INTERNACIONAL DE DENTISTAS**

Del 13 al 16 de noviembre de 1983 se llevará a cabo en el Centro de Convenciones de Acapulco, México, el Octavo Congreso Internacional del Colegio Nacional Mexicano de Cirujanos Dentistas. Participarán en él 30 conferencistas de México, Venezuela, Estados Unidos de América, Escocia y Japón. Se espera asistan unas 5.000 personas a este evento. Los interesados deben dirigirse a: Dr. Manuel Plata Orozco, Avenida Universidad, 1391-102, Colonia Florida, México 20, D. F., México. Tel.: 534-7698 y 581-1261.

---

# Ciencia y arte en la dirección de tesis de grado

JOSE SOSA-MARTINEZ<sup>1</sup>

---

---

En México la presentación de una tesis para obtener un grado de licenciatura (médico cirujano, cirujano dentista, químico, psicólogo, educador, abogado, ingeniero, arquitecto, etc.), así como de maestría y de doctorado, es requisito por lo general indispensable después de haber cursado todas las asignaturas del programa establecido para cada carrera. Este trabajo de tesis, para los de la rama médico-biológica, suele consistir en: investigación en el laboratorio o en el gabinete, investigación clínica en enfermos, patología experimental en animales, revisión de la literatura sobre un tema determinado, revisión de historias clínicas en los archivos hospitalarios sobre los hechos históricos particulares a un padecimiento, o encuestas en poblaciones de diverso tipo.

La elaboración de una tesis de grado representa para el alumno una extraordinaria oportunidad para trabajar al lado de un investigador y para desarrollar hábitos de trabajo y de disciplina científica. En varias ocasiones, el contacto ha despertado en muchos estudiantes el talento para la investigación científica y ha sido la iniciación de una vida productiva dedicada a la investigación y a la docencia. Se podría decir que la mayoría de los investigadores y docentes de renombre de México se encauzaron en la disciplina científica como consecuencia de este requisito.

Con el paso del tiempo, sin embargo, se ha venido advirtiendo una serie de desviaciones del propósito original y bajo la excusa de la explosión demográfica, de la generalización de la enseñanza, etc., en algunas instituciones las tesis empezaron a estar hechas por grupos de estudiantes y en algunas otras se fueron eliminando, dando por resultado que se ha venido perdiendo la oportunidad de provocar en el estudiante el interés por la investigación; igualmente, en ocasiones las tesis constituyen un requisito que no se cumple o se hacen sin la formalidad requerida y, a veces, sin comprender el beneficio que puede producir en el educando, con la consecuente pérdida de los valores que indujeron a su implantación.

---

<sup>1</sup>Jefe del Departamento de Microbiología y Parasitología, Escuela Superior de Medicina, Instituto Politécnico Nacional, México, D.F.



Estos hechos han motivado al autor a escribir sus reflexiones sobre este tema, apoyado en las siguientes experiencias personales: 1) fue dirigido por investigadores diversos en seis trabajos de investigación, tres en México y tres en el extranjero; 2) ha dirigido 60 trabajos de investigación en México, algunos de los cuales (aproximadamente 40) constituyeron tesis de grado, tanto de licenciatura como de maestría; 3) ha originado, supervisado y evaluado unos 25 trabajos de médicos especialistas en México sobre investigación en farmacología clínica, y 4) ha trabajado como investigador y docente en hospitales, escuelas de medicina y de odontología y centros de investigación médica durante los últimos 35 años, habiendo formado parte, en muchas ocasiones, de jurados de exámenes de grado en donde se han presentado tesis recepcionales.

Los tres componentes principales de las tesis son: 1) el asesor; 2) el asesorado (educando o aspirante a un grado académico), y 3) la tesis (refiriéndose al trabajo de investigación que será la base de la tesis).

*El asesor* debe ser la piedra angular de todo trabajo de investigación. El asesor autoriza el trabajo, suele (aunque no siempre) escogerlo, lo dirige y tiene ascendiente sobre el educando. Se presupone que el asesor conoce bien la materia o disciplina en la que trabaja, que está actualizado en los conceptos pertinentes a la misma, que conoce la metodología de la investigación científica y que tiene interés por el tema; en este caso, las probabilidades de que el educando se encauce debidamente en su trabajo de investigación son muy altas. Por el contrario, la asignación de tesis a los candidatos a un grado basándose únicamente en la presión del número de estudiantes o en el desconocimiento de los temas trae consigo un pronóstico problemático.

Para dirigir es condición *sine qua non* conocer el tema, y para ello, el asesor debe ser un individuo que cultive una especialidad, que personalmente haya contribuido, o esté contribuyendo, a su desarrollo con aportaciones de su trabajo. Lo anterior exige que el asesor consagre tiempo suficiente a su disciplina para leer, trabajar y producir y, así, poder dirigir trabajos de investigación. Por igual, el asesor debe conocer las capacidades y limitaciones de sus asesorados, darles ejemplo de estudio, trabajo y dedicación, y saber comunicarse con ellos de modo que los principios dialécticos den origen a ideas nuevas que conduzcan el grupo a la superación y hacia horizontes atractivos y provocativos. Así, la dirección de un grupo operativo no puede ser autoritaria. El liderazgo debería ser democrático, ecuánime y justo, ya que de otra manera se afecta la moral de los participantes. El estilo paternalista tampoco es operante, a excepción de aquellos casos de recién ingreso que requieren de atención especial en

su encauzamiento en la investigación. El estilo de *laissez-faire*, o sea, el de dejar hacer a cada quien lo suyo con poca retroinformación, no funciona ya que la comunicación de los resultados de los trabajos entre todos los miembros del grupo operativo debe ser continua y sujeta a la opinión dialéctica del grupo. Obviamente, el estilo autocrático o dictatorial, que fue el usual en otros tiempos, particularmente en países europeos, es obsoleto del todo.

En el cuadro 1 se mencionan otras características concretas del asesor que, en mayor o menor grado forman, en nuestro concepto, la personalidad del buen asesor. Es posible, pero poco probable, que una tesis resulte de buena calidad o que un asesorado desarrolle sus aptitudes, con un mal asesor, pero lo corriente es que el asesor eficiente obtenga asesorados capaces y productivos. Más aún, con frecuencia los asesores son el modelo ideal de los asesorados, y el proceso de imitación y de motivación influye al punto que se puede decir que los mejores investigadores se formaron con excelentes asesores y que, por el contrario, es improbable que de un mal asesor resulten individuos que se dediquen a la investigación científica. Así, las características del asesor son generalmente asimiladas por el asesorado; es más, otras cualidades, además del conocimiento de la dis-

Cuadro 1. Características del asesor de tesis.

---

Debe conocer bien el área de su especialización
Debe tener una o varias líneas de estudio de su interés con metas a corto y largo plazo
Debe conocer suficiente bioestadística para diseñar el estudio
Debe conocer y practicar el método científico
Debe tener un lugar apropiado para atender a los asesorados
Debe estar disponible para ser consultado
Debe tener suficiente tiempo para participar en el estudio y para atender el asesorado
Debe ser buen organizador
Debe ser ejemplo de estudio, trabajo y dedicación
Debe ser racionalmente exigente
Debe ganarse la confianza del asesorado
Debe saber ser líder del grupo de estudio
Debe conocer y practicar el método dialéctico con sus asesorados
Debe ser comunicativo
Debe ser afectuoso, afable y humano
Debe ser ordenado y disciplinado
Debe leer lo suficiente y obtener tanta información como el asesorado
Debe conocer bien las fuentes de información
Debe ser ingenioso y tener inventiva
Debe conocer las líneas de investigación de los grupos nacionales e internacionales con intereses comunes a los propios

---

ciplina en estudio, tales como la dedicación al trabajo, el orden, las capacidades administrativas, la pulcritud personal, y hasta el estilo en el vestir, son causa de admiración del asesorado.

*El asesorado.* El asesorado representa en este trinomio, el factor con mayor deseo de aprender pero, por su edad e inexperiencia, el más tímido y sensitivo.

El asesorado, por lo general, es nuevo en el ámbito de trabajo. Desea ser útil, pero no desea ser simplemente utilizado. Desea aprender, más no desea perder el tiempo. Desea trabajar, pero se resiente al ser presionado. En ocasiones, trae consigo una gran desorientación sobre el devenir de los acontecimientos, lo cual es lógico pues lo usual es que no conozca al asesor en su papel de dirigente, ni el ambiente en que trabajará, y ve a todos los elementos humanos con cierta desconfianza. Tampoco conoce bien el tema de tesis, del cual habrá oído sus características generales pero no su metodología precisa. Además de lo anterior, suele no haber recibido orientación sobre la naturaleza de su trabajo ni sobre la importancia que este tiene en el estudio integral del cuerpo de conocimientos de un tema.

Los asesorados que tienen mayor probabilidad de éxito en su tesis (cuadro 2) deberán tener (o adquirir tempranamente) el deseo de aprender y de producir, principio fundamental de toda actividad. Las activida-

*Cuadro 2. Características del asesorado en tesis.*

---

Debe tener el deseo de aprender
Debe tener interés por el tema
Debe ser estudioso
Debe comprender la importancia de su estudio
Debe ser ordenado
Debe ser disciplinado
Debe tener tiempo suficiente
Debe ser cuidadoso con sus protocolos y registros
Debe ser confiable y sincero
Debe conocer y practicar el método dialéctico
Debe conocer y practicar el método científico
Debe conocer suficiente estadística para practicar en el diseño y valoración de su propio trabajo
Debe ser respetuoso sin ser sumiso
Debe tener iniciativa
Debe ganarse la confianza del asesor y de sus compañeros de trabajo
Debe leer lo necesario y obtener la máxima información sobre su tema
Debe conocer las fuentes de información
Debe estar disponible en tiempo y posibilidades
Debe ser cumplido con sus deberes y compromisos
Debe adquirir hábitos de estudio, de trabajo y de lectura

---

des que no son de interés difícilmente son productivas, o cuando menos, se encuentran en el umbral de la vulnerabilidad. Hay que tener en mente que toda actividad debe servir para aprender, o sea, que debe producir un cambio trascendental en la conducta. Si así no fuera, sería más conveniente abordar otro tema o buscar otro asesor. La mayoría de los fracasos de los asesorados se han debido a la falta de interés por los temas de las tesis.

El estudiante deberá adquirir hábitos de estudio, de trabajo y de lectura, pues el aprendizaje es un proceso ininterrumpido y deberá administrarse en dosis cortas y repetidas y en forma consuetudinaria. La lectura diaria durante varias horas y el trabajo tenaz y sistemático deberán ser sus actividades más comunes y asiduas. Lo anterior indica que el tiempo que se invierte representa un factor de mucha importancia, ya que cualquier actividad requiere tiempo.

Condición fundamental del asesorado es que deberá entender las razones por las que hace su tesis y apreciar su valor intrínseco y, lo más importante, saber por qué está haciendo el trabajo. En ocasiones se escucha en un candidato la expresión de que: "Mi tesis consiste en inyectar 50 ratones y luego practicarles la necropsia", sin saber que lo anterior no es más que el mecanismo estratégico para resolver un problema, un fenómeno o una pregunta, pero que el tema de investigación requiere de un proceso intelectual agregado al trabajo práctico. El asesorado debe estar tan comprometido con el problema como el asesor mismo, de otra manera se convierte, *per se*, en un robot con actividades mecánicas irracionales, que pueden ser llevadas a cabo por una persona de mínimo nivel educativo.

Las razones mencionadas significan que el asesorado debe ser estudioso, disciplinado, e inquieto en sus actividades. Debe ser cuidadoso con sus protocolos y registros y ser sincero en sus observaciones y anotaciones, ya que de ellos depende la veracidad del trabajo de investigación. Debe conocer el tema para poder discutirlo, pues de otra manera hablaría sin fundamentos, y para algunas personas es desagradable discutir con un individuo pertinaz y falto de ciencia. Por estas razones, el estudiante procurará recibir la preparación necesaria antes de iniciarse en el campo de la investigación científica.

La participación del asesorado en el diseño de los experimentos o actividades de la investigación es fundamental. La tendencia actual es que los estudiantes participen en su propia enseñanza, pero para ello deberán tener una preparación básica. Con ese fin es imprescindible el conocimiento del tema en estudio, así como de estadísticas y de la metodología de la investigación. De otra manera, el estudiante queda marginado en el diseño,

organización y valoración de sus propios experimentos, situación nada deseable de acuerdo con los métodos modernos del proceso enseñanza-aprendizaje.

*La tesis* constituye un trabajo de investigación y es el terreno donde asesor y asesorado unen sus esfuerzos en forma armónica para llevar a cabo las metas comunes. Representa el conjunto de actividades de ambos y, por lo tanto, se desea hacer hincapié en la necesidad de que en estas actividades participen y contribuyan los dos interesados formando un verdadero equipo de trabajo y no un sistema monolítico dirigente-dirigido. Cuando el orden se altera y uno de los miembros trabaja por su cuenta en el tema previamente acordado, sin informar a la otra parte de sus actividades, se pierde la unidad de esfuerzos. Es cierto también que cualquiera de los dos miembros del binomio puede ejercer iniciativa propia, y aunque de ellos pueden salir ideas sobresalientes, lo anterior no se opone a mantener una comunicación estrecha entre ambas partes.

Las tesis no deben ser originadas por pensamientos aislados, incongruentes con el trabajo de la institución o del departamento en que se efectúen, y mucho menos salir a la luz como una cosa fortuita. Lo más productivo es que formen parte integral de una línea de trabajo programada. Como se dijo anteriormente, los investigadores deben tener interés en un campo específico y, mejor aún, limitado, dentro de su especialidad. Las investigaciones a profundidad sobre un tema son preferibles a las superficiales sobre muchos temas. Si bien es cierto que la erudición es una cualidad apreciable, los valores modernos tienden tanto hacia la formación cultural de un individuo en las ciencias y artes como al conocimiento profundo sobre un tema de interés particular dentro del amplio espectro de datos que suelen integrar una especialidad. Así, la erudición se ha venido cambiando por el conocimiento integral, congruente, armónico y profundo de un tema de interés para la comunidad científica.

En el cuadro 3 se resumen algunas de las características que deben reunir las tesis.

Lo importante es que el trabajo de investigación representa un reto a las capacidades intelectuales del asesor y del asesorado. Un tema fácil no exige el desarrollo de ideas y habilidades; consecuentemente, es estéril en su productividad. Por el contrario, es preferible un estudio en donde el asesorado se desarrolle en las tres áreas del aprendizaje: cognitivas, psicomotrices y afectivas (hábitos, mentalidad, respeto, disciplina, etc.). Sin embargo, los trabajos que constituyen la tesis deben ser realistas. Una tesis demasiado ambiciosa puede llegar a ser irrealizable en tiempo y recursos (humanos, físicos y financieros), produciendo la consecuente

Cuadro 3. Características de la tesis.

---

Debe contribuir al conocimiento integral de una línea de estudio
Debe ser de gran interés para asesor y asesorado
Debe ser novedosa
Debe representar un reto a las capacidades intelectuales y físicas del asesor y asesorado, sin ser algo irrealizable
Debe ser realista en cuanto a posibilidad de efectuarse
Debe definir con precisión la metodología
Debe tener un cronograma de actividades
Debe tener un diagrama de flujo para precisar actividades y responsabilidades de los participantes
Debe ser inherente a los programas de la institución y tener la autorización pertinente
Debe respetar los postulados del método científico reconocidos universalmente (Descartes, Galileo, Newton y otros)
Debe estipular los límites entre los conceptos de lo normal y lo patológico y reconocer la universalidad de la variación
Debe poder ser valorada por sus resultados
Debe ser administrada (planeada, organizada, dirigida y controlada) en forma óptima
Debe respetar la ética profesional
Debe respetar los derechos humanos
Debe tener una metodología que proteja a los animales en caso de ser utilizados
Debe poder sujetarse a valoración estadística
Debe estar abierta a la espiral dialéctica o sea ser el punto de partida de posteriores investigaciones
Debe contener los 6 elementos básicos del método científico: quién, qué, cuándo, cómo, dónde y por qué
Debe ser fuente de inspiración, reflexión, imaginación, motivación, curiosidad, entusiasmo y formación personal

---

frustración en asesor y asesorado, además de la pérdida del trabajo en relación con la institución, los pacientes y demás elementos que contribuyeron al estudio. El asesor y el asesorado deben pensar que, en forma a veces intangible, hay muchas personas interesadas en que la investigación se lleve a un final por razones anímicas o materiales (autoridades de la institución, familiares, colaboradores, patrocinadores, asesores colaterales, etc.). Los frutos hay que cosecharlos a su debido tiempo, de otra manera se pudren.

Es indiscutible que cuando se aplican los principios propios de la administración hay mayor probabilidad de conducir un proyecto de investigación a un buen éxito. Los cuatro elementos básicos de esos principios son: a) planeación; b) organización; c) dirección, y d) control. La planeación consiste en establecer metas y objetivos, con la correspondiente asignación de los recursos humanos, físicos y financieros requeridos, así como del tiempo necesario para realizar cada actividad, señalando un tiempo

crítico máximo ya que de no hacerlo así, las tesis se prolongan ocasionalmente *ad infinitum*, con la consecuente pérdida para el asesorado de oportunidades para su progreso (becas, puestos profesionales o docentes, etc.). Una planeación sesuda del trabajo de investigación es fundamental, pues evitará confusiones, mal entendimiento, desorientación, falta de apreciación del tiempo, etc. La organización comprende el ajuste preciso de los recursos y de la metodología para su aprovechamiento óptimo. En esta etapa se prepararán los organigramas, los cronogramas y los diagramas de flujo, ya que de otra manera se actuará a ciegas, lo cual es motivo de objeción en la mayoría de los trabajos de investigación. Por ello, todo trabajo deberá tener un protocolo que precise las actividades y responsabilidades, y sobre el cual deberán concertarse las actividades. Valga decir que el error más frecuente en los trabajos de investigadores noveles es que se apartan de lo especificado en el protocolo y que terminan con una investigación diferente de la inicial.

La dirección administrativa consiste en la vigilancia para que los elementos humanos logren sus metas y objetivos, para lo cual se procurará practicar el liderazgo y la colaboración más efectiva, resolviendo y discutiendo los problemas con objeto de subsanarlos y, así, promover la eficiencia de cada persona. La comprensión, la tolerancia y el deseo de colaboración para lograr las metas son los mejores elementos que entran en juego para este fin. Por último, el control de las actividades en cuanto a la utilización de los recursos, tiempo empleado y resultados obtenidos para cada objetivo reflejan el grado de progreso y comprueban si la productividad ha sido la calculada al principio. Con ese fin, los informes periódicos sucesivos son imprescindibles. La valoración estadística de los resultados es insoslayable en la mayoría de las investigaciones. El pensamiento estadístico, más que el conocimiento mismo de las fórmulas estadísticas, es fundamental para la expresión de los datos obtenidos (tablas, gráficas, etc.) y para su interpretación (medidas centrales, medidas de dispersión, medidas de contingencia, etc.). Sin lo anterior, los resultados del estudio no pasan de ser una impresión testimonial y, como tal, sin validez científica universal.

Es preciso en este momento expresar la necesidad irrefutable de que en toda investigación exista el respeto al ser humano y a los animales. La regla fundamental es nunca dejar de producir el bien en los individuos estudiados. En ningún momento se debe dejar a un paciente sin su medicamento (analgésico, antibiótico, etc.) o sin tratamiento por el hecho de que el estudio necesita testigos. Por el contrario, los testigos deberán beneficiarse con el medicamento o procedimiento más ortodoxo, contra el cual

se probará la alternativa que, según estudios previos, tiene probabilidades de mejorar los resultados del anterior, a excepción, obviamente, de aquellos testigos en que la abstención de la aplicación del medicamento o tratamiento produzca daño físico o mental. El juramento hipocrático, el aforismo *primum non nocere* también de Hipócrates, el Código de Nuremberg y la Declaración de Helsinki, entre otros, formulan explícitamente las anteriores aseveraciones. Toda investigación efectuada en individuos del género humano involucra, de alguna manera, aspectos legales, éticos y morales que el investigador debe reconocer. Más aún, el concepto se extiende hasta el punto de que cada individuo en estudio reciba algún beneficio. En lo que se refiere a los animales, si bien no se espera que los animales reciban beneficio alguno, lo menos que puede esperarse es que el género humano se beneficie a través de su utilización, pero sin olvidar los principios elementales de moral y los procedimientos técnicos más apropiados para ocasionar el mínimo daño.

Finalmente, la investigación, base de la tesis, deberá abrir las puertas al estudio, a la inspiración, a la reflexión, a la motivación, a la curiosidad, al entusiasmo y a la formación personal. La contribución verdadera al desarrollo de la ciencia produce gran satisfacción de realización. Si la investigación científica ha sido definida como la actividad diseñada para originar conocimientos generalizables, se entiende que la investigación, parte medular de la tesis, estará impregnada del principio psicológico fundamental del hombre de trascender en la sociedad. Pero, más aún, la investigación, una vez iniciada, deberá ser la fuente de la espiral dialéctica en donde cada respuesta obtenida origine nuevas incógnitas y nuevas inquietudes y, por lo tanto, nuevas investigaciones para ser efectuadas en otras oportunidades, en un torbellino ascendente e interminable de percepción y actividad intelectual.

De lo anterior, se infiere que las investigaciones son una amalgama de ciencia para conocer, precisar, descubrir y participar en los conocimientos de los fenómenos inherentes a nuestra vida, y de arte para aplicar los preceptos y reglas necesarios, así como la virtud y disposición para hacer las cosas. Todo ello conlleva a procurar que a través de los estudios y de sus resultados se beneficie directa o indirectamente a la humanidad.

## RESUMEN

Las tesis para obtener un grado de licenciatura, maestría o doctorado en cualquier carrera universitaria constan de tres componentes principa-



les: el asesor, el asesorado y la labor de investigación que constituye la tesis en sí. En este trabajo el autor examina detalladamente las características ideales de cada uno de esos elementos así como sus posibles defectos.

Advierte que desafortunadamente en muchas instituciones se viene descuidando—por diversas razones—la importancia y el significado de una tesis bien desarrollada, lo que desvirtúa su propósito original además de privar al estudiante de una excelente oportunidad para ejercer su inteligencia e imaginación y al profesor que lo orienta de imbuir en el asesorado las cualidades cognitivas, analíticas y personales necesarias para un buen trabajo.

El artículo hace hincapié en que, en el campo de la medicina y la biología especialmente, la investigación inherente a toda tesis, realizada junto a un asesor interesado y concienzudo, contribuye a formar un científico verdaderamente capaz, estudioso, disciplinado y sobre todo, humano.

Es así, dice el autor, como de esa combinación de conocimientos y conducta, de ciencia y de arte, el binomio asesor-asesorado produce una tesis, una investigación cuyos resultados pueden beneficiar directa o indirectamente a la humanidad.

---

#### SCIENCE AND ART IN THE SUPERVISION OF THE THESIS FOR A DEGREE (*Summary*)

The thesis required for the licenciature, master's degree and doctorate in any field of university education involves three components: the adviser, the student, and the research project that constitutes the subject matter of the thesis. In this paper the author examines in detail how each of these should be in the ideal situation and the defects they can have in real situations.

Unfortunately, he observes, many institutions are neglecting—for a variety of reasons—the importance and significance of a well worked out thesis, and thus vitiating its original purpose in addition to depriving the student of an excellent opportunity for exercising his intelligence and imagination, and his adviser of one for imparting to him the cognitive, analytic and personal qualities needed to do good work.

The article emphasizes that, particularly in medicine and biology, the research required for any thesis, done under a concerned and conscientious adviser, helps to produce a scientist who is truly able, studious, disciplined and, above all, humane.

This, says the author, is how, from that combination of knowledge and behavior, of science and art, the student and his adviser unite to produce a thesis, a research project, the results of which can be of direct or indirect benefit to humanity.

### CIÊNCIA E ARTE NA ORIENTAÇÃO DE TESES DE GRAU (*Resumo*)

As teses para a obtenção de graus de bacharelado, mestrado ou doutorado em qualquer carreira universitária conjugam três componentes principais: o assessor, o assessorado e o trabalho de pesquisa que constitui a tese propriamente dita. Neste artigo, o autor examina detalhadamente as características ideais de cada componente, bem como suas possíveis deficiências.

Adverte o autor que, infelizmente, a importância e o significado de uma tese bem desenvolvida vêm sendo descuidados—por diversas razões—em muitas instituições, o que desvirtua seu propósito original e priva o estudante de uma excelente oportunidade de exercitar sua inteligência e sua imaginação e, ao professor que o orienta, de instilar no assessorado as qualidades cognitivas, analíticas e pessoais necessárias a um bom trabalho.

Salienta o artigo que, especialmente no campo da medicina e da biologia, a pesquisa inerente a toda tese, realizada em conjunto com um assessor interessado e consciente, contribui para formar um cientista realmente capacitado, estudioso, disciplinado e, acima de tudo, humano.

Diz o autor que essa combinação de conhecimento e atitude, de ciência e de arte, o binômio assessor-assessorado, produz uma tese e uma pesquisa cujos resultados podem beneficiar direta ou indiretamente a humanidade.

### SCIENCE ET ART DANS LA PRÉSENTATION D'UNE THÈSE POUR L'OBTENTION D'UN DIPLÔME (*Résumé*)

La thèse pour l'obtention d'un diplôme de licence, maîtrise ou doctorat, dans quelque carrière universitaire que ce soit, comprend trois éléments principaux: le conseiller, la personne qui fait l'étude et le travail de recherche qui est à la base même de la thèse. Dans cet ouvrage, l'auteur examine de façon détaillée les caractéristiques idéales de chacun de ces éléments, ainsi que leurs défauts possibles.

Il signale que, malheureusement, dans de nombreuses institutions, on fait peu de cas—pour diverses raisons—de l'importance et de la signification d'une thèse bien présentée, ce qui retire toute valeur à celle-ci, et prive l'étudiant d'une excellente occasion d'exercer son intelligence et son imagination, et le professeur qui le guide d'insuffler à l'étudiant les connaissances, et les qualités analytiques et personnelles nécessaires à un bon travail.

Cet article fait ressortir que, dans le domaine de la médecine et de la biologie en particulier, la recherche inhérente à toute thèse, effectuée en collaboration avec un conseiller intéressé et consciencieux, contribue à former un scientifique véritablement capable, studieux, discipliné et, surtout, humain.

C'est ainsi, déclare l'auteur, que de cette combinaison de connaissances et de discipline, de science et d'art, le tandem conseiller-étudiant produit une thèse, une recherche dont les résultats peuvent bénéficier directement ou indirectement à l'humanité.

**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 <input type="checkbox"/> For 1 Year .....	US\$ 8.00
POR DOS AÑOS <input type="checkbox"/> For 2 Years .....	US\$15.00
POR TRES AÑOS <input type="checkbox"/> 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*.



## O enfermeiro no seu “espaço”

EMÍLIA LUIGIA SAPORITI ANGERAMI<sup>1</sup> E MARIA CECÍLIA PUNTEL DE ALMEIDA<sup>2</sup>

---

Este trabalho nasce da reflexão sobre o tema da percepção do espaço do enfermeiro na sua prática.

A palavra “espaço” nesta última década tem sido utilizada com frequência na vida cotidiana e não raras vezes criado sérios atritos quando os “espaços são invadidos”.

O tema do espaço, de sua percepção, pertence às ciências humanas e, segundo Bettanini (7), “não como reflexão unitária, conseqüência de uma preocupação com o espaço sempre relativa ao objeto de análise próprio de cada disciplina”. Para ele, “do conceito de espaço as ciências humanas derivam uma pluralidade de espaços, de noções que utilizam as orientações da abstração científica, mas relacionando-as sempre ao enfoque psicológico, sociológico, etnológico, geográfico próprio ao objeto de suas análises”. E complementa: “A bibliografia mais exaustiva sobre o tema da percepção do espaço nasce dentro do território geográfico e se expande para as ciências humanas.”

Que é então, o espaço? A pergunta é respondida com duas reflexões:

“O espaço é um *lugar comum*; é o *lugar comum* (porque dele se fala e nele se vive)” (7).

“Mas não se trata certamente de uma espécie de *cena vazia* onde poderia chegar qualquer um. Ao contrário, o espaço é (...) aquilo que nele acontece. E que significa “acontecer”? Significa “ter lugar” justamente: quero dizer que nossa linguagem está “repleta de espaços que não teríamos condições de falar nem de escrever sem múltiplas referências a alguma forma de espacialidade” (18).

Dentro do espaço, portanto, desenvolve-se ou acontece algo, ocorrem eventos que pressupõem a intervenção de indivíduos e de objetos, o que conduz a uma definição de espaço “pelo fazer que nele se desenvolve”.

Há um pressuposto recíproco entre o espaço e o fazer:

- não pode haver um fazer sem um espaço que o contenha;
- não pode haver percepção de espaço sem nele se realizar, ver ou imaginar

---

<sup>1</sup>Professora Adjunta da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

<sup>2</sup>Professora Assistente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

um fazer. Realizar ou ver um fazer implica a existência desse fazer e o pressuposto está satisfeito. Imaginar um fazer implica não a existência do fazer, mas seu ser latente, e a pressuposição está mais uma vez satisfeita (17).

Espaço, neste estudo, será entendido como o lugar de inserção ou ação social do enfermeiro e, por conseguinte, de sua produção numa situação sócio-histórica determinada.

Com isso queremos dizer que o enfermeiro é também um agente social, que ele faz enfermagem em algum lugar social, que faz uso dos meios que a sociedade lhe oferece e que produz conhecimentos e significações que são dotados de existência e destinação sociais determinadas. Tal é, na verdade, a situação de todo intelectual no campo social.

Delimitado o significado de "espaço", pretendemos neste trabalho analisar o "espaço" do enfermeiro na sua totalidade.

Para isto, usaremos o método fenomenológico (10), entendido como uma apresentação da realidade do "espaço" do enfermeiro tal qual ele se mostra. A seguir, essa realidade será julgada, e, por fim, faremos a apreensão do que deve ser o espaço do enfermeiro numa perspectiva praxica.

## DOS LIMITES E DA OCUPAÇÃO DO ESPAÇO

A enfermagem como profissão e o enfermeiro como profissional, através dos tempos, têm procurado social e historicamente definir o espaço onde estão inseridos. Entretanto, temos observado limites irregulares, onde outros profissionais assumem o que deveria pertencer ao enfermeiro, sem que, no entanto, o inverso deixe de ser verdadeiro. Haja visto o que dizem Barbato e colaboradores (5).

"Em certas situações as enfermeiras tornam-se capazes de desempenhar algumas funções não propriamente suas e sim dos médicos, e que posteriormente, por negligência de ambos, passam a ser rotinas das enfermeiras."

Oliveira (21), em estudo das funções de enfermagem, observa:

"Funções médicas delegadas: atividades de tal natureza, parece-nos que não constituem campo específico da enfermagem, pois implicam geralmente na execução de tarefas simples, já rotinizadas ou sistematizadas."

Santos (24) refere que,

"pelo princípio de delegação de funções, as enfermeiras vêm assumindo algumas responsabilidades médicas, e com isto, participando de maneira crescente e ativa nos programas de melhoria do nível de saúde das coletividades".

Gonçalves (16), numa fase de seu estudo, diz:

“Os inúmeros trabalhos auxiliares que se vão incorporando à produção dos serviços médicos correspondem, de um lado, à ampliação do campo de aplicação da medicina, mas também correspondem, de outro lado, ao processo contínuo de divisão das funções do trabalho, que não pode ser tomado apenas como contrapartida técnica daquela ampliação, mas exprime o seu significado mais profundo na reprodução da divisão trabalho intelectual/trabalho manual, no seio do trabalho médico. Todo o trabalho direto de cuidado ao doente comporta inúmeras funções ‘manuais’, e são essas as primeiras a se separarem subordinadamente no trabalho médico, constituindo a enfermagem. A própria enfermagem é atingida posteriormente para reiteração da mesma divisão, sendo suficiente para compreender seu sentido a consideração da apropriação das tarefas de supervisão e controle pelo profissional com qualificação formal superior, o enfermeiro”.

Talvez pela proximidade entre o trabalho do médico e do enfermeiro, este tem sido o “espaço” mais estudado. Entretanto, pode-se observar na prática que, entre o enfermeiro e outros profissionais, além do médico, há também indefinições que aparecem no cotidiano. Pluckham (24) também faz referência a isso, dizendo:

“As disciplinas paramédicas também têm liberdade para crescer, criar e propiciar o melhor cuidado à saúde possível; dentro de suas capacidades, os médicos devem não somente abdicar de algumas de suas prerrogativas territoriais, mas também de seu paternalismo.”

Por sua vez, o espaço profissional do enfermeiro, que deveria ser ocupado por este desde o momento em que a enfermagem passou a ser tida como profissão, é preenchido efetivamente por elementos com três níveis de formação e que percebem salários diferentes, o que levaria a esperar que desempenhassem papéis diferentes. Entretanto, na observação prática, isso não ocorre, mostrando a realidade limites frouxos dentro dos quais o atendente, o auxiliar, o técnico e o enfermeiro executam as mesmas funções indiscriminadamente.

Ferreira-Santos e Minzoni (15) assinalam que

“os auxiliares de enfermagem exercem funções que deveriam ser executadas por enfermeiras e estão desperdiçando seu preparo em funções de atendentes”.

Em estudo posterior, Ferreira-Santos (14) menciona a observação de “muitas inconsistências, mostrando estar o papel do enfermeiro mal integrado no hospital como sistema social e na sociedade global”, acrescentando mais adiante que,

“estão presentes no sistema outros elementos com possibilidades de apropriação de tarefas que deveriam estar afetas apenas às enfermeiras”.

Nestas duas últimas décadas, foram realizados vários estudos procurando identificar, através de análise de funções, o que faz o enfermeiro. Como já dissemos, espaço é um lugar social onde acontece algo, e pressupõe um fazer. Várias pesquisas (1, 3, 4, 6, 8, 9, 12, 13, 15, 29) mostram o que faz o enfermeiro no espaço que lhe é designado.

A enfermagem tem um espaço físico temporal perfeitamente delimitado pela estrutura administrativa, que até agora não foi reivindicado por nenhum outro profissional e que se define por sua presença no hospital durante 24 horas, num rodízio de plantões. De fato, a assistência de enfermagem é mantida ininterruptamente pelas instituições, durante 24 horas, enquanto os outros profissionais desempenham suas funções junto ao paciente, ao qual só retornam quando solicitados ou em períodos marcados. Essa situação dá à equipe de enfermagem o "privilégio" de "estar 24 horas ao lado do paciente".

Os autores das pesquisas mencionadas,<sup>3</sup> que tratam das funções da enfermagem utilizando o método da observação sistematizada, descreveram como os membros da equipe de enfermagem utilizam essas 24 horas. As conclusões são semelhantes, variando apenas em porcentagens de tempo. Assim, pode-se verificar que o profissional, quanto mais elevada a sua formação, mais distante se coloca do paciente, dedicando-se funções denominadas "administrativas". Os elementos de menor preparo profissional, ou seja, os atendentes e auxiliares, são os que realmente permanecem 24 horas ao lado do paciente.

Dentre vários autores que procuraram inquirir enfermeiros sobre a satisfação no desempenho de suas atividades (4, 8, 13), apenas um (4) menciona enfermeiros satisfeitos com a situação. Os demais revelam interesse em permanecer e atuar mais junto ao doente e alegam que aquele distanciamento não permite conhecer o paciente e sua família.

Num estudo sobre comunicação entre médicos e enfermeiros (2), aqueles referiram a importância da anotação de enfermagem, que reflete 24 horas de permanência ao lado do paciente. Aliás, esse aspecto é frequentemente citado em estudos, em que são típicas observações como esta:

"Neste ponto é preciso não esquecer que já foi enfatizado à sociedade e até cantado em prosa e em verso, o fato de ser a enfermeira o único profissional da equipe de saúde a permanecer 24 horas do dia e durante os sete dias da semana. No entanto, talvez valesse a pena refletir mais profundamente sobre o sentido dessa permanência. Será ela percebida pelas pessoas internadas e seus acompa-

---

<sup>3</sup>É preciso considerar nos achados, os diferentes critérios de classificação das funções, adotados pelos autores.

nhantes, pelos profissionais de plantão e pelo pessoal de enfermagem como segurança e apoio, ou com uma presença controladora? Aqui todas as conjeturas e suposições são cabíveis.” (11)

Ideologicamente, essa permanência contínua proporciona ao enfermeiro maior entrosamento com o cliente, profundo conhecimento de suas necessidades biopsicossociais e percepção imediata de alterações físicas e emocionais, permitindo-lhe promover seu pronto atendimento.

Essa ideologia oculta a verdadeira realidade. Ideologicamente, o “espaço” do enfermeiro está “claro”. Entretanto, como se pode verificar, os estudos revelaram que o enfermeiro tem-se desgastado em rotinas de trabalho traçadas, cumprindo ordens médicas e executando tarefas administrativas. Essa situação abre flancos para que outros profissionais exerçam atividades assistenciais que são ou foram da competência do enfermeiro, deixando a este a execução de tarefas de menor importância, quase ao nível de mordomia.

Ribeiro (25), no seu “Discurso de posse” na presidência da ABEn, em 1980, disse:

“Não há vazios que não sejam ocupados e, se os espaços físicos, sociais, culturais ou institucionais que nos cabem deixarem de ser preocupação nossa, de cada um e de todo o grupo profissional, poderão eles transformarem-se em problemas maiores para a classe, pois outros tentarão e poderão ocupá-los.”

## DA COMPREENSÃO DO ESPAÇO

Portanto, o “espaço” ocupado pelo enfermeiro não é um espaço claro, definido e delimitado. Mesmo a divisão técnica do trabalho da equipe de enfermagem, atribuindo funções diferentes e de níveis de complexidade distintos, não é capaz de delimitar um espaço específico para o enfermeiro. Que mecanismos podem explicar essas indefinições? As causas parecem ser mais de ordem social do que técnicas, e podem ser procuradas dentro da equipe de saúde, na estrutura econômico-social do país, no sistema de saúde e na competência do enfermeiro, e é sobre elas que passaremos a escrever.

– *A equipe de saúde* tem conformação variada, dependendo de seu local de atuação. Entretanto, o médico e a equipe de enfermagem são os elementos constantes e, portanto, freqüentemente criam um “espaço conflitivo”, com situações ora delimitadoras, ora dependentes. Delimitadoras quando a complexidade hierárquica e as relações de poder impedem a li-



berdade de ação e limitam o processo de decisão, e dependentes quando as relações entre os agentes impedem a autonomia entre eles.

Nogueira (19) mostra que o trabalho dos serviços de saúde é um trabalho associado, destacando-se o médico como produtor principal. Responsável por tarefas que requerem maiores conhecimentos técnicos, ele detém a hegemonia do controle técnico e às vezes administrativo do processo de trabalho. O médico está colocado no vértice de uma pirâmide de autoridade técnica cuja base é constituída pelo exército dos atendentes de enfermagem, havendo de permeio um número menor de profissionais de nível superior e médio que supervisionam a aplicação ordens médicas, eventualmente executando eles próprios cuidados de enfermagem. As tarefas mais complexas são reservadas ao profissional de maior capacitação, para evitar a perda de seu tempo em atos que possam ser assumidos pelos trabalhadores menos capacitados e conseqüentemente mais baratos. A decisão e as intervenções mais complexas ficam a cargo do médico, ou seja, é ele quem diagnostica e prescreve a terapêutica, sendo, portanto, o "dono" do doente, monopolizando o saber e, muitas vezes, não permitindo ações e decisões de enfermagem com o seu paciente.

Silva (27) relata que, no nível secundário e terciário das ações de saúde, a autonomia do enfermeiro é menor que no nível primário. Possivelmente, é naqueles dois níveis que o "espaço conflitivo" é maior, uma vez que está absolutamente preenchido pelo saber médico, só permitindo a penetração do enfermeiro até o limite desejado por aquele. O enfermeiro, por sua vez também monopoliza o saber de enfermagem, deixando as tarefas consideradas "mais manuais" a auxiliares e atendentes de enfermagem. As relações de poder, que se traduzem nas relações de dominação e subordinação, são reproduzidas pelos elementos de toda a equipe. Sobre aquelas duas categorias ocupacionais recai a maior carga de trabalho, pois elas são obrigadas a cumprir as determinações médicas e dos enfermeiros, que as forçam a horas extras e plantões dobrados. Esse prolongamento da jornada de trabalho, que serve também para compensar seus diminutos salários, provoca o cansaço e o desgaste desse pessoal, passando a ser fator de risco para a população assistida.

É evidente que essa situação reflete o que ultrapassa os limites da instituição.

- *A estrutura econômico-social do país*, onde há desemprego, violência e discriminações sociais, favorece a seleção de certos grupos e profissões. Os profissionais são egressos de um sistema educacional elitista que, ainda na escola, mostra uma divisão de classes, entre quem "pode" mais e quem "pode" menos. Superada a barreira do vestibular, que na maioria

das vezes permite optar não pela carreira desejada, mas pela possível, inicia-se a luta por um emprego. Nessa busca, as relações interpessoais se deterioram e instala-se uma crise entre o eu pessoal e o eu social que torna difícil qualquer opção.

Por ser a enfermagem uma profissão da área da saúde, o enfermeiro tenta ocupar seu espaço no *sistema de saúde*, conforme observa Oliveira (22):

“Duplamente discriminada pela sua condição de mulher e de enfermeira, o seu relacionamento com outros profissionais é, não raro, cheio de tensões, exigindo um esforço consciente para que seu trabalho não seja minimizado ou, até mesmo ofuscado. Conquanto se trate do maior contingente de pessoal do campo da saúde, incluindo-se as categorias auxiliares, é ainda diminuta sua participação de cúpula, quando se trata de definir as políticas de saúde. Os Ministérios, tanto da Saúde quanto da Previdência não têm sequer um Departamento ou Coordenação de Enfermagem, com força suficiente para influenciar na organização e contribuir para torná-la mais eficiente.”

Nas instituições de saúde, sejam hospitalares ou serviços de atenção primária, o número de cargos de enfermeiros é pequeno, fato ainda mais evidente nas instituições particulares. Para formar o quadro de enfermagem, são contratados em proporção maior os atendentes, e mesmo assim em número insuficiente, provocando a já descrita sobrecarga de trabalho. O enfermeiro muitas vezes não ocupa o espaço a ele destinado, ou é substituído por pessoal não preparado, mão-de-obra barata que não encarece os custos hospitalares mas que fornece assistência de inferior qualidade e quantidade.

“A grande maioria ou a quase totalidade dos hospitais não governamentais não dispõe ainda de enfermeiras para dar cobertura assistencial direta. (...) Esta é, portanto, uma das primeiras características de hospital não governamental, isto é, a carência permanente de profissional não enfermeira. Esse problema é considerado por muitas enfermeiras como insolúvel, pois a primeira preocupação de qualquer empresário, assim considerados também os proprietários ou sócios e o diretor do hospital, é obter o máximo de renda. (...) Por ser mais onerosa a contratação de enfermeiras, estas são substituídas por auxiliares de enfermagem e até por atendentes, a quem são entregues atribuições e responsabilidades que deveriam caber somente às enfermeiras.” (20)

Pincanço e colaboradores (23), numa avaliação do serviço de enfermagem de hospitais então contratados pelo INPS, na cidade de São Paulo, verificaram que,

“nos 12 hospitais estudados, 66% do pessoal de enfermagem era representado por atendentes; 28,3% por auxiliares de enfermagem; 0,8% por obstetritzês;

0,2% por técnicos de enfermagem; a apenas 4,7% por enfermeiras. (...) Desses hospitais somente metade possui enfermeiras na chefia dos serviços de enfermagem."

Seriam as razões dessa situação relativas ao pequeno número de enfermeiras disponível no mercado de trabalho? O pequeno número poderia explicar parcialmente o problema, mas, na atualidade, já foi constatado que o contingente de enfermeiras disponíveis não é absorvido pelos serviços de saúde ou é subempregado.

– *A competência* é o outro fator a ser considerado, quando se trata de ocupação de um espaço. A formação da competência da enfermeira inicia-se no ensino formal de enfermagem, que corresponde ao curso de graduação.

Esta formação tem sido discutida e questionada, especialmente no que diz respeito à adequação do ensino à realidade, ficando o aparelho formador dividido entre a formação de pessoal para atender às necessidades da população e/ou do mercado de trabalho da saúde, que é especializado e centrado nos aspectos curativos.

Segundo Botura e colaboradores (8), a maioria das enfermeiras sente-se apenas parcialmente preparada para assumir as atividades práticas, pois o ensino está desvinculado da prática.

Há competência quando é dominado o objeto de trabalho. Para dominá-lo, é preciso realizar um trabalho de transformação com esse objeto, que consta de um fazer que contém um saber.

Analisando o objeto de trabalho da enfermagem, observam-se aproximação e afastamento em relação ao objeto de trabalho da medicina. Esse movimento de ida e volta é histórico e tem sofrido a influência tanto de fatores ligados ao próprio conhecimento da enfermagem como de fatores sociais, caracterizando a busca de uma definição da enfermagem como prática independente e da conseqüente inserção no seu "espaço".

Stevens (28) diz que o desenvolvimento da enfermagem como prática independente tem ocorrido de modo a resolver o problema da colocação da enfermagem em relação à medicina. As soluções propostas têm explorado os seguintes caminhos alternativos:

1. A enfermagem tem os mesmos pacientes e os mesmos objetivos da medicina.
2. A enfermagem tem os mesmos pacientes, mas objetivos diferentes da medicina.
3. A enfermagem tem diferentes pacientes, mas os mesmos objetivos da medicina.
4. A enfermagem tem diferentes pacientes e objetivos diferentes da medicina.

Pessoalmente, acreditamos que a segunda dessas proposições postula a posição da enfermagem, mas a realidade prática não tem sido esta. Mesmo desenvolvendo-se um corpo de conhecimentos que proporcione a necessária competência para dominar o objeto de trabalho, a nosso ver, a enfermagem encontra-se no primeiro estágio, tendo os mesmos pacientes e os mesmos objetivos da medicina.

## CONCLUSÃO

Partindo do conceito de “espaço”, procuramos olhar para o “espaço do enfermeiro” e analisar sua inserção.

O discurso sobre a enfermagem e sobre o enfermeiro tem lançado sobre a profissão muitas das culpas de seus sucessos e insucessos. A análise do espaço do enfermeiro na sua totalidade mostra que a enfermagem e o enfermeiro, como fenômenos históricos, estão socialmente situados e estão sujeitos a transformações em sua *praxis*, estando essas transformações ligadas a mudanças que ocorrem na estrutura social.

Diante dessa realidade, é imprescindível que os profissionais de enfermagem tomem uma posição e façam uma opção.

A *praxis* é uma atividade teórico-prática; isto é tem um lado abstrato-teórico e um lado propriamente prático, com a particularidade de só artificialmente, por um processo de abstração, poderem ser isolados um do outro.

A prática requer um constante ir e vir entre o ideal e o real e modificações do ideal face às exigências do real.

Se a *praxis* é ação do homem sobre a matéria para apresentar uma nova realidade, dependendo do grau de penetração da consciência do sujeito no processo prático e da sua criação, teremos níveis diferentes de *praxis*, os quais podem ser expressos como *praxis* criadora, reiterativa ou imitativa, e burocratizada (30).

É importante que os profissionais de enfermagem engajados e preocupados em assumir o seu lugar, ou o “espaço” que lhes pertence, assumam uma postura crítica e, questionando constantemente sua *praxis*, verifiquem se estão inseridos:

– na *praxis* criadora que lhes permite enfrentar novas situações criando constantemente novas soluções. A *praxis* criadora é revolucionária, própria de uma consciência inquieta, aberta e receptiva às reflexões e experimentações. Tais profissionais não se encastelam em si mesmos após haver elaborado o produto ideal, mas, ao contrário, o vão transformando

de acordo com as exigências externas, com os meios e instrumentos de que dispõem.

– na *praxis* reiterativa ou imitativa, onde o ideal permanece imutável, pois já sabem de antemão o que devem fazer e como fazê-lo. A lei que rege a ação já é conhecida e, portanto, basta-nos repeti-la quando o deseiamos para obter quantos produtos análogos desejarmos. Logo percebe-se que a *praxis* imitativa tem por base uma *praxis* criadora já existente: não produz nada de novo, e apenas tem como lado positivo o fato de ampliar o já criado.

– na *praxis* burocratizada, em que a forma extraída de um processo anterior se aplica a um novo processo, e a lei anteriormente estabelecida se repete até o infinito, mesmo estando à margem do próprio processo prático. Como diz Vásquez (30): “A *praxis* se burocratiza onde quer que o formalismo ou formulismo dominem, ou mais exatamente, quando o formal se converte em seu próprio conteúdo.”

Portanto, que espaço quer o enfermeiro ocupar na assistência à saúde do indivíduo? Ele quer um espaço onde possa dominar o seu objeto de trabalho, que é o cuidado de enfermagem. Somente dominando-o, ou seja, trabalhando com ele, através dos instrumentos de trabalho da enfermagem—o seu saber aliado a um instrumental técnico—pode o enfermeiro atender à finalidade desse trabalho, que é prestar assistência de enfermagem aos indivíduos. Como essa prática é social, ele busca não um espaço com limites normatizados, fechados, não um espaço estático, mas, sim, uma prática transformadora que acompanhe as mudanças históricas e que permita o desempenho da enfermagem.

Como as práticas se transformam a todo instante, é preciso trazê-las para o debate, e isso cabe a seus agentes, que, de dentro de seus espaços, devem ser uma consciência reflexiva e crítica do seu trabalho, sem perder o ponto de vista de análise das relações sociais.

## RESUMO

Num estudo em que “espaço” é entendido como o lugar de inserção ou ação social do enfermeiro e, por conseguinte, da sua produção no interior de uma situação sócio-histórica determinada, são colocadas as seguintes indagações: Como os enfermeiros estão inseridos no seu espaço profissional? Como desempenham sua prática? Dentro desse contexto, a enfermagem tem buscado seu espaço de atuação, podendo-se perceber que seus li-

mites são irregulares e suas fronteiras são invadidas por outros profissionais, assim como também o enfermeiro ultrapassa estes limites.

Usando o método fenomenológico, as autoras fazem uma apresentação da realidade do "espaço" do enfermeiro tal qual ele se mostra, passando em seguida ao julgamento dessa realidade para finalmente descrever o que deve ser o espaço do enfermeiro numa perspectiva prática.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Alvim, E. F., M. V. Borges e T. A. Barros. Pesquisa Operacional das Atividades de Enfermagem na Fundação S.E.S.P. *Rev Bras Enf* 19(4):236-302, 1966.
- (2) Angerami, E. L. S., I. A. C. Mendes e M. S. Takakura. A composição das anotações de enfermagem sob o ponto de vista da equipe médica. No prelo da *Rev Paul Enf*.
- (3) Balielo, V. Análise das atividades do pessoal de enfermagem de um hospital-escola. Porto Alegre, UFRGS/Escola de Enfermagem, 1981. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem da UFRGS, 107 pp.
- (4) Baptista, W. A. Contribuição ao estudo da assistência de Enfermagem: Análise de alguns fatores relacionados à administração em enfermagem que podem interferir na assistência ao paciente. Ribeirão Preto, USP/Escola de Enfermagem, 1979. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem, USP, 183 pp.
- (5) Barbato, M., *et alii*. Delimitação de funções entre médicos e enfermeiros. *Rev Bras Enf* 15(3):185-198, jun., 1962.
- (6) Becker, R. S., e col. Pesquisa Operacional sobre as atividades de enfermagem no conjunto sanatorial Raphael de Paula Souza. *Rev Bras Enf* 24(1-2):56-63, jan/mar., 1971.
- (7) Bettanini, T. *Espaço e Ciências Humanas*. Trad. por Liliana L. Fernandes. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1982, 157 pp.
- (8) Botura, A. L., e col. Estudo sobre as causas que podem concorrer para o distanciamento do enfermeiro da assistência direta ao paciente. São Paulo, 1979. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem 32, Brasília, jun. 1-7, 1980, *Anais*, Brasília, ABEn, 1980. (Mimeografado).
- (9) Burlamaque, C. S. Estudo do desempenho do enfermeiro de um hospital de ensino em nível de unidade de internação. Porto Alegre, UFRGS/Escola de Enfermagem; 1981. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem da UFRGS, 91 pp.
- (10) Capalbo, C. *Metodologia das Ciências Sociais: a Fenomenologia de Alfred Schutz*. Rio de Janeiro, Antares, 1979, 102 pp.
- (11) Carvalho, V., e I. B. Castro. Reflexões sobre a prática da enfermagem. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 31, Fortaleza, ago 5-11, 1979, *Anais*, Brasília, ABEn, 1979, 51-59 pp.
- (12) Fávero, N., e col. Atividades de assistência direta do enfermeiro e respectiva anotação. *Enfermagem Atual*, 31(14):14-16, nov/dez., 1980.
- (13) Ferreira-Santos, C. A. *A Enfermagem como Profissão: Estudo num Hospital-Escola*. São Paulo, Livraria Pioneira/E.D.U.S.P., 1973.
- (14) Ferreira-Santos, C. A. A enfermeira como categoria ocupacional num moderno hospital-escola brasileiro. *Educación Médica y Salud*, 7(1):16-29, 1973.
- (15) Ferreira-Santos, C. A., e M. A. Minzoni. Estudo das atividades de enfermagem em quatro unidades de um hospital governamental. *Rev Bras Enf* 21(5):396-443, 1968.
- (16) Gonçalves, R. B. M. Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico. São

Paulo, USP/F. M., 1979. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina da USP, 209 pp.

(17) Grupo 107 - Sémiotique de l'espace, Paris, *Publication du Groupe 107*, 1973, p. 29 apud Bettanini, T., *Espaço e Ciências Humanas*. Trad. por Liliana L. Fernandes. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1982, 157 pp.

(18) Guilvaud, M. G. Th. Espaces et mathématiques in A.A.V.V. Notes Methodologiques en architecture et urbanisme. 3/4 sémiotiques de l'espace, Paris, Institut de L'Environnement, 1974, p. 285. In: Bettanini, T., *Espaço e Ciências Humanas*. Trad. por Liliana L. Fernandes. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1982, 157 pp.

(19) Nogueira, R. P. *Capital e Trabalho nos Serviços de Saúde*. Rio de Janeiro, 1981.

(20) Oguisso, T., e M. J. Schmidt. Problemas assistenciais de enfermagem nos hospitais e clínicas particulares. *Rev Bras Enf* (DF), 28(1):24-34, jan/mar., 1976.

(21) Oliveira, M.I.R. Funções médicas delegadas, p. 34, apud. Seminário Nacional sobre Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem, São Paulo, nov. 25-30, 1968. São Paulo, USP/Escola de Enfermagem O.P.A.S., 1969.

(22) Oliveira, M. I. R. Relações da enfermagem com as demais carreiras universitárias. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 29, Camboriú, 1977, *Anais*, Camboriú, ABEn, 1977, p. 59-63.

(23) Picanço, I. T., et alii. Uma tentativa de avaliação dos serviços de enfermagem de hospitais contratados pelo Instituto Nacional de Previdência Social I.N.P.S. em São Paulo, 1972. *Rev Bras Enf* 25(4):193-214, jul. set., 1972.

(24) Pluckhan, M. L. Professional Territoriality - A problem affecting the delivery of health care. *Nursing Forum*, 11(3):300-311, 1972.

(25) Ribeiro, C. M. Discurso de posse. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 32, Brasília, jun. 1-7, 1980, *Anais*, Brasília, ABEn, 1980, p. 21-23.

(26) Santos, I. p. 31, apud Seminário Nacional sobre Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem, São Paulo, nov. 25-30, 1968. São Paulo, USP/Escola de Enfermagem/O.P.A.S., 1969.

(27) Silva, A. X. Enfermeiro profissional: autônomo ou subsidiário? In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 31, Fortaleza, ago 5-11, 1979, *Anais*, Brasília, ABEn, 1979, 71-84 pp.

(28) Stevens, B. J. *Nursing Theory: Analysis, Applications, Evaluation*. Boston, Little-Brown, 1979.

(29) Trevizan, M. A. Estudo das atividades dos enfermeiros-chefes de unidades de internação de um hospital-escola. Ribeirão Preto, USP/Escola de Enfermagem, 1978. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem da USP, 117 pp.

(30) Vásquez, A. S. *Filosofia da praxis*. Trad. Luiz Fernando Cardoso, 2a. ed., Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1977, 454 pp.

---

## EL ENFERMERO EN SU "ESPACIO" (Resumen)

En un estudio en que "espaço" se entiende como el lugar de inserción o de acción social del enfermero y, en consecuencia, de su producción en una situación sociohistórica determinada, se plantean las siguientes preguntas: ¿Cómo se inser-

tan los enfermeros en su espacio profesional? ¿Cómo desempeñan sus funciones? En ese marco, la enfermería ha buscado su espacio de actuación, notándose que sus límites son irregulares y que sus fronteras son invadidas por otros profesionales, del mismo modo que el enfermero atraviesa esos límites.

Empleando un método fenomenológico, las autoras muestran la realidad del "espacio" del enfermero tal como se presenta, luego juzgan esa realidad y finalmente describen lo que debe ser el espacio del enfermero en la práctica.

#### THE MALE NURSE IN HIS "SPACE" (*Summary*)

In a study in which "space" is understood as the place of insertion or of social action of the male nurse, and consequently of his productivity within a determined sociohistorical situation, the following questions were asked: How are male nurses inserted in their professional space? How do they practice their profession? Within this context, the nursing profession has been looking for its action arena, aware that its limits are irregular and its frontiers are invaded by other professionals, and aware also that the male nurse nurse surpasses these limits.

Using a phenomenological method, the reality of the male nurse's "space" as it appears has been presented and judged with the aim of describing what the male nurse's space ought be in a pragmatic perspective.

#### L'INFIRMIER DANS SON "ESPACE" (*Résumé*)

Dans une étude où le mot "espace" s'entend comme le lieu d'insertion ou d'action sociale de l'infirmier et, par conséquent de sa production dans une situation socio-historique déterminée, sont posées les questions suivantes: Comment les infirmiers s'insèrent-ils dans l'espace professionnel? Comment remplissent-ils leurs fonctions? Dans ce cadre, le personnel infirmier a cherché son domaine d'action, et il a été noté que ses limites sont irrégulières et que ses frontières sont envahies par d'autres professionnels, de la même manière que l'infirmier les franchit lui-même.

Employant une méthode phénoménologique, les auteurs montrent la réalité de "l'espace" de l'infirmier tel qu'il se présente, puis ils jugent de cette réalité et décrivent enfin ce que doit être l'espace de l'infirmier dans la pratique.



# Antecedentes para la enseñanza de nutrición en el sistema escolar chileno

SONIA OLIVARES Y SERGIO VALIENTE<sup>1</sup>

---

---

## INTRODUCCION

Desde que quedó establecida la relación existente entre los conocimientos y hábitos alimentarios y el estado nutricional de la población, la educación en nutrición se ha convertido en una necesidad cada vez mayor de los países en desarrollo (1-3). Jelliffe (4), entre otros (3-5), afirma que la educación constituye el núcleo de todos los intentos para mejorar la nutrición de los individuos y de la comunidad, e incluye entre las acciones gubernamentales fundamentales para mejorar el estado nutricional de la población, la necesidad de incorporar contenidos de educación nutricional en todos los niveles de la enseñanza.

Se ha observado el impacto que produce la escuela sobre las prácticas de alimentación de las familias de niños participantes en programas de educación nutricional, cuyo éxito parece depender de la preparación e interés de los profesores, la flexibilidad y adecuación de los programas de enseñanza y la proyección de estos a nivel de la familia y la comunidad (6-8).

Con el fin de reunir información básica para estudiar la posibilidad de incorporar la enseñanza de nutrición en el sistema de educación formal de Chile, la División de Políticas y Programas de Alimentación y Nutrición (DIPPAN), del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) de la Universidad de Chile, inició una serie de estudios sobre la enseñanza de nutrición en ese sistema.

En una primera etapa se analizaron los programas de enseñanza básica y media y los contenidos de nutrición incluidos en ellos (9). En el presente estudio se intentó determinar el nivel de conocimientos sobre alimentación y nutrición de los profesores responsables de la enseñanza y de los alumnos egresados de la enseñanza media, quienes supuestamente han

---

<sup>1</sup>Universidad de Chile, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA). División de Políticas y Programas de Alimentación y Nutrición (DIPPAN), Santiago, Chile.

tenido la oportunidad de adquirir un mayor grado de conocimientos sobre la materia que el resto de la población, con excepción de los profesionales especializados en ese campo.

Esta información, inexistente en el país, es imprescindible para la formulación de políticas en educación nutricional a nivel nacional, uno de cuyos objetivos prioritarios son los tres millones de niños y jóvenes que constituyen la población escolar de Chile.

## MATERIALES Y METODO

Se llevó a cabo una investigación de tipo descriptivo para determinar el nivel de conocimientos alimentarios y nutricionales de 966 profesores de enseñanza básica y media y de 1.050 estudiantes que ingresaron al primer año de la Universidad de Chile en 1979, en diferentes carreras.

El estudio se realizó en las ciudades de Antofagasta, Santiago y Temuco, centros universitarios importantes, considerados representativos de las características de las zonas norte, centro y sur del país, respectivamente.

Se eligieron como variables independientes para el grupo de profesores: sexo, edad, ciudad del estudio, nivel de enseñanza (básica o media) y estudios de nutrición dentro del currículo de formación profesional. Para el grupo de estudiantes las variables escogidas fueron sexo, ciudad del estudio, carrera de ingreso a la universidad, nivel socioeconómico y escolaridad de los padres.

Los conocimientos sobre alimentación y nutrición se evaluaron mediante una prueba objetiva consistente en 48 preguntas, agrupadas en seis tópicos: consumo de alimentos, alimentación y presupuesto, higiene de alimentos, requerimientos nutricionales, embarazo y lactancia y enfermedades nutricionales colectivas.

La prueba fue diseñada, probada y corregida antes de su aplicación al total de la muestra. Se administró a los 1.050 estudiantes universitarios durante las dos primeras semanas de clases en forma simultánea en las tres ciudades. A los profesores se les aplicó en sus lugares de trabajo. Los resultados se procesaron y analizaron en la Unidad de Estadística y Computación del INTA. Se realizó un análisis por tópico y otro de la relación entre las variables escogidas y los conocimientos sobre la materia de alumnos y profesores, para lo que se empleó la prueba de chi cuadrada.

*Resultados y discusión*

En el cuadro 1 se puede observar que solo el 30,6% de los profesores y el 17% de los estudiantes contestaron correctamente más del 50% de las preguntas, considerado el mínimo aceptable; el promedio de respuestas correctas fue de 42% y 39% para profesores y alumnos, respectivamente. Estos resultados, unidos a los escasos contenidos de nutrición del currículo de formación de ambos grupos (9), permiten señalar que la enseñanza de la nutrición, cuando se imparte, es incompleta, poco actualizada y con una orientación que no contribuye a crear una conducta alimentaria adecuada en el educando.

Otros estudios, como el de Abarca y cols. (10), emplearon una metodología similar; en una encuesta de 2.006 estudiantes que ingresaron a la Universidad en otras ciudades chilenas en 1980, se obtuvieron resultados más deficientes aún, con un 30% como promedio de respuestas correctas. Atalah y cols. (11), en una población infantil-juvenil del sector norte de Santiago en 1975, destacaron el hecho de haber encontrado un nivel de conocimientos deficiente tanto en menores de ocho años como en mayores de 15. En Argentina, Abadie y cols. (12), al analizar los conocimientos de salud, incluidos los aspectos de alimentación, en una muestra de 24.733 personas (profesores, alumnos de primero y séptimo grado y madres) en nueve ciudades, observaron que todas tenían un nivel semejante de conocimientos sobre alimentación del escolar, no obstante pertenecer a grupos de tan distinta escolaridad. Los resultados de estos estudios indican claramente que el sistema educacional no estaba impartiendo a los alumnos los contenidos necesarios en esta materia, lo que también es válido para la formación de profesores.

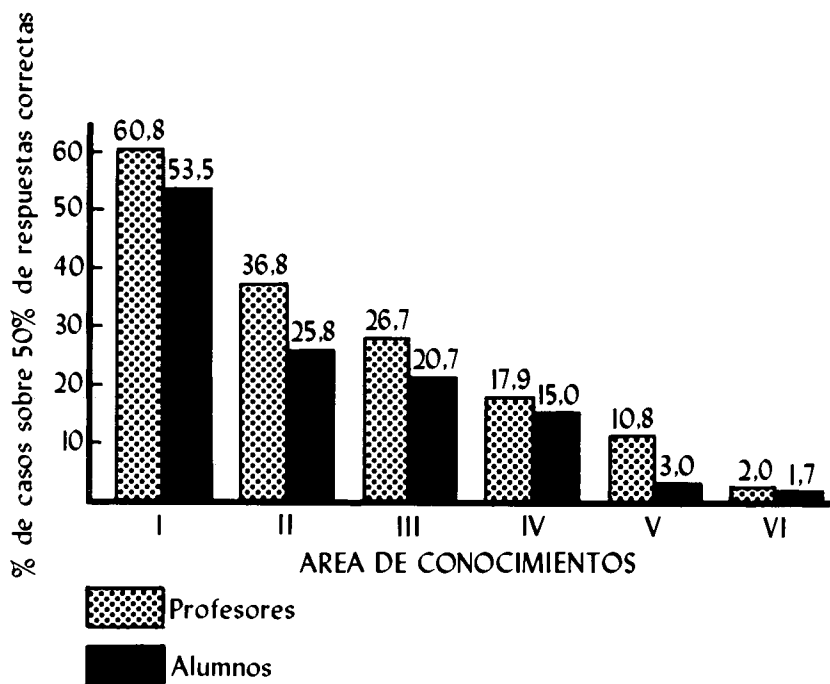
En relación con los seis temas en que se dividió la prueba, en la figura 1 se puede observar que los conocimientos sobre alimentación durante el

*Cuadro 1. Conocimientos sobre alimentación y nutrición de 966 profesores de enseñanza básica y media y 1.050 alumnos que ingresaron a la Universidad de Chile, 1979.*

Grupos	Porcentaje de respuestas correctas			Total de casos
	0-25	26-50	51-75	
Profesores	7,9	61,5	30,6	966
Alumnos	10,0	73,0	17,0	1.050
Total	9,0	67,5	23,5	2.016

$\chi^2 = 51,34$                       G.L. = 2                       $p < 0,001$

Figura 1. Porcentaje de profesores y alumnos con más de 50% de respuestas correctas, según área de conocimientos sobre alimentación y nutrición.



- I CONSUMO DE ALIMENTOS  
 II ALIMENTACION Y PRESUPUESTO  
 III REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES  
 IV ENFERMEDADES NUTRICIONALES COLECTIVAS  
 V HIGIENE DE ALIMENTOS  
 VI EMBARAZO Y LACTANCIA

embarazo y los conceptos actualizados sobre las ventajas y prácticas de la lactancia materna—a los que se confiere una atención preferente en los programas de prevención y fomento de la salud en Chile (13)—son los que presentan mayores deficiencias. Solamente el 2% de los profesores y estudiantes contestó correctamente más de la mitad de las preguntas planteadas en esta área. La higiene de los alimentos, también considerada factor de riesgo para la salud de la población, especialmente en los sectores de un nivel socioeconómico más bajo, obtuvo menos del 10% de respuestas correctas. Si bien los profesores presentaron resultados levemente superiores a los alumnos, los conocimientos en ambos grupos resultaron

absolutamente insuficientes, pudiendo asumirse que el nivel de conocimientos en grupos de inferior escolaridad debe ser peor.

Existe también bastante desconocimiento de los problemas nutricionales que afectan a la población del país, pese a las acciones que desarrollan los organismos de salud para su prevención y control (14). Se obtuvieron mejores resultados, sin ser óptimos, en alimentación y presupuesto, en cuanto a las características de las compras y los precios de los alimentos, especialmente en el área de consumo de alimentos (60% de respuestas correctas), lo que podría reflejar un conocimiento empírico basado en la experiencia diaria más bien que un aprendizaje producto de la enseñanza sistemática.

Diversas investigaciones han señalado la influencia de la madre en la formación de los hábitos y conductas alimentarias de sus hijos (15-17), lo que hace evidente la necesidad de capacitar adecuadamente a la mujer en estas materias. Sin embargo, tanto nuestros resultados como los de otras investigaciones no encontraron diferencias significativas entre los conocimientos alimentarios por sexo, pese a que la mayoría de los esfuerzos emprendidos en nuestro país para educar en nutrición han tenido como principal objetivo a la mujer, tanto en la escuela como en el sector salud y en la comunidad (18).

Se observaron diferencias significativas en los conocimientos sobre alimentación y nutrición de los profesores de 25 a 55 años. En ese grupo de edad los conocimientos fueron superiores que en los menores y mayores de esa edad. En estos últimos podría atribuirse a falta de actualización y en los primeros, a la ausencia de contenidos nutricionales en los programas de pregrado de la Universidad, responsables de la formación de los profesores.

Los conocimientos alimentarios de los profesores que trabajan en el norte del país y en la Región Metropolitana fueron significativamente superiores en comparación con los que se desempeñan en el sur del país. Este hecho se considera que se debe a que en estas ciudades un mayor número de profesores han tomado cursos de nutrición de pre y posgrado, ofrecidos periódicamente por los organismos de nutrición existentes en Antofagasta y Santiago. En este grupo no se encontró relación con otras variables.

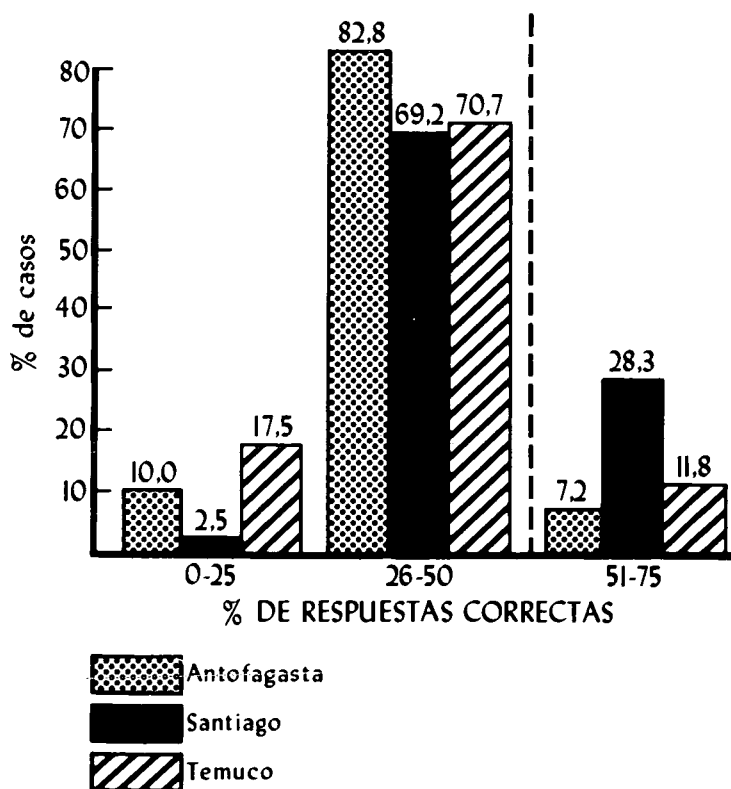
En el grupo de alumnos, aquellos que ingresaron a carreras de biología y matemáticas obtuvieron puntajes significativamente mayores que los estudiantes de humanidades y los que ingresaron en Santiago demostraron mayores conocimientos que los de provincias (cuadro 2 y figura 2). Esto podría sugerir una relación entre los conocimientos sobre alimenta-

Cuadro 2. Conocimientos sobre alimentación y nutrición de 1.049 alumnos según campo de la carrera de ingreso a la Universidad, Chile, 1979.

Campo de la carrera	Porcentaje de respuestas correctas				Total de casos
	0-25	26-50	51-75	76-100	
Biología	2,8	75,6	21,6	-	352
Humanidades	17,8	71,7	10,5	-	392
Matemáticas	8,2	71,8	20,0	-	305
Total	10,0	73,0	17,0	-	1.049

$X^2 = 59,535$       G.L. = 4       $p < 0,001$

Figura 2. Conocimientos alimentarios y nutricionales de 1.050 estudiantes de Antofagasta, Santiago y Temuco, Chile, 1979.



Cuadro 3. Conocimientos sobre alimentación y nutrición de 992 estudiantes, según escolaridad de la madre. Chile, 1979.

Escolaridad de la madre	Porcentaje de respuestas correctas				Total de casos
	0-25	26-50	51-75	76-100	
Básica	14,4	72,1	13,5	-	319
Media	8,0	75,4	16,6	-	561
Universitaria	6,3	63,4	30,3	-	112
Total	9,9	73,0	17,1	-	992

$\chi^2 = 26,021$

G.L. = 4

$p < 0,001$

ción y nutrición y el puntaje de ingreso a la Universidad (prueba de aptitud académica), más exigente en estas carreras y en Santiago, relación que no fue estudiada.

Se observó una relación significativa entre la escolaridad de la madre y los conocimientos de alimentación de los estudiantes, siendo mayor los de aquellos cuyas madres tenían educación universitaria o media (cuadro 3). Se obtuvieron resultados semejantes en relación con la escolaridad del padre, lo que parece estar íntimamente relacionado con el nivel socioeconómico, siendo superiores los conocimientos de los estudiantes cuyas familias pertenecen al estrato medio alto, que incluyó mayoritariamente a hijos de profesionales de alto nivel de ingreso.

La interrelación de los conocimientos sobre alimentación y nutrición de profesores y alumnos con las variables estudiadas, hacen evidente que las relaciones más significativas corresponden a factores ambientales, especialmente de tipo familiar, confirmando lo planteado en el Seminario Educación en Nutrición en el Sistema Educativo Chileno (9) realizado en el INTA en 1977, que planteó el déficit de contenidos nutricionales y su falta de continuidad en la enseñanza básica y media y destacó también la falta de preparación de los profesores en la materia.

La información obtenida en este estudio servirá de base para plantear recomendaciones específicas a los organismos de gobierno, a fin de que se incorporen en una política de educación en nutrición en Chile.

## RESUMEN

El artículo da cuenta de que como parte de una investigación sobre los conocimientos, hábitos y creencias alimentarias de la población chilena, se evaluaron los conocimientos sobre alimentación y nutrición de 966 pro-

fesores de enseñanza básica y media y de 1.050 estudiantes que ingresaron a la Universidad de Chile en 1979, en tres ciudades del norte, centro y sur del país. Los conocimientos alimentarios y nutricionales fueron evaluados usando una prueba objetiva, cuyos resultados fueron agrupados en seis categorías, según el porcentaje de respuestas correctas. Solo el 30,6% de los profesores y el 17% de los estudiantes contestó más del 50% de las preguntas, considerado el mínimo aceptable.

Se concluye que los conocimientos sobre alimentación y nutrición de los profesores de enseñanza básica y media y de los alumnos que ingresaron a la Universidad de Chile son insuficientes. La interrelación de la variable conocimientos con las restantes variables del estudio, permite señalar que las diferencias más significativas corresponden a factores ambientales, independientemente de la educación formal. Se hacen recomendaciones específicas para ser incorporadas en una política de educación en nutrición en Chile.

#### REFERENCIAS

- (1) Monckeberg, F. y S. Valiente. *Antecedentes y acciones para una política nacional de alimentación y nutrición en Chile*, 2a. ed. Santiago, Ed. Nacional Gabriela Mistral, 1976.
- (2) Proyecto interagencial para la Promoción de Políticas Nacionales de Alimentación y Nutrición. Reflexiones sobre educación alimentaria nutricional. *Bol* 6:3, 1977.
- (3) Griffin, A. y L. Light. La enseñanza de la nutrición: Concepción, idoneidad y adaptación de los programas de estudio. UNESCO, *Estudios y Documentos de Educación* 18:20, 1975.
- (4) Jelliffe, D. *Nutrición infantil en países en desarrollo*, 2a. ed. México, Centro Regional de Ayuda Técnica (AID), 1972.
- (5) Berg, A. *Estudios sobre nutrición. Su importancia en el desarrollo socioeconómico*. México, D.F., Ed. Limusa, 1975.
- (6) Burgess, A. *et al.* Nutrition education in public health programs. What have we learned? *Amer J Publ Health* 51: 1975, 1961.
- (7) Sandoval, R. y L. Prates. Influence of school children upon their families in the adoption of health practices. São Paulo, Universidad de São Paulo, *Rev Saúde Pública*, 1974.
- (8) Dwivedi, K., *et al.* India: Innovations in health education in rural schools. *Int J Health Educ* 16:100, 1973.
- (9) Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Universidad de Chile. Seminario Educación en Nutrición en el Sistema Educacional Chileno. Informe Final. Santiago, julio, 1977.
- (10) Abarca, F. y cols. Investigaciones sobre hábitos y conocimientos alimentarios en estudiantes universitarios de Arica, Valparaíso y Osorno. Tesis, Universidad de Chile, Valparaíso, 1980.
- (11) Atalah, E. y cols. Evaluación nutricional de una población infanto-juvenil del área norte de Santiago. *Pediatría* (Santiago) 22:227, 1979.



(12) Abadie, J. y A. Acebes. Informe de la investigación sobre: Actitudes, opiniones y conocimientos de docentes, padres y alumnos frente a la salud en la escuela primaria. Argentina, Depto. de Educación para la Salud, Ministerio de Bienestar Social, 1971.

(13) Domínguez, R., A. Infante, F. Lara, F. Mardones, T. Marshall, M. Miranda, M. Quezada y T. Segure. Proyecto de intervención educacional para el fomento de la lactancia materna en el área norte de Santiago, del SNS. *Inf Técnc Doc* 84/79. INTA, Santiago, Chile, 1979.

(14) González, N. Principales programas de alimentación y nutrición en Chile. Consejo Nacional para la Alimentación y Nutrición. *Inf Técnc Doc* 71/79. INTA, Santiago, Chile, 1979.

(15) Eppright, E., H. Fox, B. Fryer, G. Lankin y V. Vivian. The North Central regional study of diets of preschool children. Nutrition knowledge and attitudes of mothers. *J Home Econ* 6:327, 1970.

(16) Foley, C., A. Hertzler y H. Anderson. Attitudes and food habits. A review *J Am Diet Ass* 75:13, 1973.

(17) Stanfield, J. Nutrition education in the context of early childhood malnutrition in low-resource communities. *Proc Nutr Soc* 35:131, 1976.

(18) Araya, H., B. Avila, C. Domínguez, B. Fontova, S. Guerrero, T. Madrid, et al. Diagnóstico de políticas y programas de alimentación y nutrición en Chile. *Inf Tecn Doc* 98/79. INTA, Santiago, Chile, 1979.

---

## BACKGROUND FOR THE TEACHING OF NUTRITION IN THE CHILEAN SCHOOL SYSTEM (*Summary*)

This article reports that as part of a research into the Chilean population's understanding, habits, and beliefs about food an analysis was made of food and nutrition knowledge in a sample of 966 elementary and secondary school teachers and 1,050 freshmen students of different schools of the University of Chile in 1979, located in three cities in the north, center, and south of the country. Their knowledge of food and nutrition was tested using a standardized questionnaire. The results of the test were graded according to the percentage of correct answers in six categories. Only 30.6 per cent of the teachers and 17 per cent of the students scored above the acceptable minimum of 50 per cent.

It is evident that food and nutrition knowledge of elementary and secondary school teachers and of freshmen students at the University of Chile is insufficient. The relationship between the knowledge variable and other variables in the study shows that this lack is mainly related to environmental factors, independent of formal education. The article offers specific suggestions to be incorporated in the nutrition education curriculum in Chile.

## SUBSÍDIOS PARA O ENSINO DA NUTRIÇÃO NO SISTEMA ESCOLAR DO CHILE (*Resumo*)

O artigo dá conta de que, como parte de um levantamento dos conhecimentos, hábitos e crenças da população chilena em matéria de alimentação, foram avaliados os conhecimentos sobre alimentação e nutrição de 966 professores dos ciclos básico e primário, bem como de 1.050 estudantes que ingressaram em 1979 na Universidade do Chile, todos eles de três cidades localizadas respectivamente no norte, centro e sul do país. Os conhecimentos sobre alimentação e nutrição foram avaliados mediante o emprego de uma prova objetiva, cujos resultados foram agrupados em seis categorias, segundo a percentagem de respostas corretas. Apenas 30,6% dos professores e 17% dos estudantes responderam mais de 50% das perguntas, proporção esta considerada como a mínima indispensável.

Concluiu-se que os conhecimentos sobre alimentação e nutrição dos professores dos ciclos primário o médio e dos estudantes ingressos na Universidade do Chile são insuficientes. A inter-relação da variável de conhecimento com as demais variáveis do estudo permite observar que as diferenças mais significativas correspondem a fatores ambientais, independentemente da educação formal. Formulam-se recomendações específicas a serem incorporadas a uma política de educação nutricional no Chile.

## HISTORIQUE POUR L'ENSEIGNEMENT DE LA NUTRITION DANS LE SYSTÈME SCOLAIRE CHILIEN (*Résumé*)

S'inscrivant dans des travaux de recherche sur les connaissances, habitudes et croyances alimentaires de la population chilienne, cet article rend compte de l'évaluation des connaissances relatives à l'alimentation et à la nutrition de 966 enseignants d'établissements primaires et secondaires et de 1.050 étudiants de l'université du Chili, en 1979, dans trois villes du nord, du centre et du sud du pays. Il évalue les connaissances alimentaires et nutritionnelles en utilisant un examen objectif, dont les résultats ont été groupés en six catégories, selon le pourcentage de réponses correctes. Seuls, 30,6% des professeurs et 17% des étudiants ont répondu à plus de 50% des questions, ce qui est considéré comme le minimum acceptable.

Cet article conclut que les connaissances relatives à l'alimentation et à la nutrition des enseignants du primaire et du secondaire et des étudiants de l'université du Chili sont insuffisantes. La relation entre la variable connaissances et les autres variables de l'étude permet de signaler que les différences les plus sensibles correspondent à des facteurs ambiants, indépendants de l'éducation formelle. Cet article présente des recommandations spécifiques à incorporer dans une politique d'éducation en nutrition au Chili.

# Una nueva concepción para la formación de recursos humanos odontológicos

ANDRES PERALTA,<sup>1</sup> JUAN MARTINEZ,<sup>2</sup> ROLANDO BATISTA<sup>3</sup> Y PATRICIO YEPEZ<sup>4</sup>

---

## ANTECEDENTES

La Universidad Católica Madre y Maestra (UCMM) tiene entre sus funciones la de contribuir a la solución de los problemas de la República Dominicana. De acuerdo con esa concepción, la UCMM plantea que la problemática de salud requiere del aporte de diversos recursos humanos, los cuales deben ser formados en base a las necesidades de las distintas regiones del país. La formación de esos recursos implica adquirir, utilizar y producir conocimientos científicos y tecnológicos, al mismo tiempo que proporcionar atención adecuada, en calidad y cantidad, a la población. Con la finalidad de generar nuevas experiencias que permitan desarrollar y esclarecer este planteamiento, la UCMM decidió en 1976 ampliar la Facultad de Ciencias de la Salud, creando la Carrera de Estomatología.

Con el propósito de diseñar y organizar el ciclo profesional de la carrera, la UCMM nombró un comité integrado por el encargado del Decanato de la Facultad de Ciencias de la Salud (FCS) y de la Carrera de Medicina y cuatro odontólogos de la región. Este comité se instaló en octubre de 1976, habiendo contado desde entonces con la colaboración periódica de la Organización Panamericana de la Salud.

Por otro lado, en el documento titulado "Desarrollo Económico y Social de la República Dominicana para la década 1976-1986", se establece que dentro de las metas específicas del sector salud, se incluyen los servicios a las personas, entre las cuales se encuentran los referentes al mantenimiento de una buena salud dental que se define en términos de "promover, prevenir, recuperar y mantener una adecuada salud bucal para contribuir al logro de un buen estado de salud general, que permita a individuos y comunidades una participación activa en el desarrollo económico y social del país".

---

<sup>1</sup>Decano, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica Madre y Maestra, Santiago de los Caballeros, República Dominicana.

<sup>2</sup>Director, Departamento de Estomatología, Universidad Católica Madre y Maestra.

<sup>3</sup>Docente, Comisión Académica y de Planeamiento, Universidad Católica Madre y Maestra.

<sup>4</sup>Consultor de la OPS, República Dominicana.

Como una de las consecuencias de lo mencionado en los párrafos anteriores se ha creado un Programa Nacional de Servicio-Docencia en Salud Bucal, tendiente a integrar al estudiante en la comunidad mediante un proceso formativo que se fundamenta en el binomio aprendizaje-trabajo. Ese programa es parte del Plan de Salud de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.

Las vertientes de trabajo procedentes de la UCMM y del Estado Dominicano y la colaboración de la OPS, confluyeron para desarrollar la Carrera de Estomatología en la FCS-UCMM, que se inició en agosto de 1978 con la incorporación de 50 estudiantes.

### FUNDAMENTOS PARA LA CREACION DE LA CARRERA DE ESTOMATOLOGIA EN LA FCS-UCMM

En la República Dominicana en general y en la región del Cibao en particular (Regiones Sanitarias II y III) existe una patología bucodental de alta prevalencia. La atención de los problemas bucodentales ha estado, en gran proporción, en manos de personal empírico, con las consiguientes repercusiones en la salud bucal y general de la población. La práctica odontológica profesional en el país reproduce los conocimientos y actitudes generados en otras formaciones sociales. Esta tendencia lleva a la odontología profesional dominicana a utilizar técnicas complejas y costosas de atención individualizada, lo que hace que solo una mínima parte de la población nacional tenga acceso real a los servicios odontológicos. Las actividades educativas que se han desarrollado para generar una modificación en la práctica odontológica han producido resultados desalentadores, por cuanto los estudiantes, al egresar de las universidades e incorporarse en los sistemas social y de salud, no están en capacidad de cambiar su práctica profesional, sino que, por el contrario, son absorbidos por dichos sistemas, produciéndose el fortalecimiento de los mismos.

La práctica odontológica tradicional dominicana, de carácter artesanal, repetitivo e individualista, debe convertirse en una práctica odontológica científica, transformadora y de alcance social. Para ello es imperativo cambiar los modelos de enseñanza y de prestación de servicios odontológicos, desarrollando un esquema nuevo en cuanto a estructura y proyección, que integre la práctica de salud sobre la base de las necesidades de la población total. El nuevo modelo deberá incorporar dos componentes esenciales: el aprendizaje-trabajo y la aplicación integral de conocimientos en el contexto bio-psico-social.

## MARCO TEORICO

Se concibe el currículo de estomatología como un proceso continuo y de complejidad creciente que está determinado, en última instancia, por las relaciones de producción, de las cuales emergen las distintas formas de práctica de salud (privada, institucional y de la propia comunidad).

La carrera de estomatología en la FCS-UCMM se desarrolla tomando al individuo, la familia y la colectividad como unidades bio-psico-sociales, de magnitud creciente, hacia las cuales se proyectará la atención integral de salud, incluyendo la bucal, *como un derecho y no como una dádiva*. Las actividades de enseñanza-aprendizaje serán planificadas y ejecutadas en la perspectiva de la integración docente-asistencial, y serán articuladas (desde el punto de vista operativo) en tres niveles de atención: primaria, básica e integral.

El proceso educacional se organizará en base a las funciones que deberán cumplir los distintos miembros del equipo estomatológico en los diferentes niveles de atención del sistema de salud regionalizado, propiciando la eficiente interrelación entre sí y con los otros integrantes del equipo de salud.

Se estimulará la participación directa de la colectividad a través de sus miembros, sus líderes y sus organizaciones. Se otorgará al trabajo profesional un sentido de servicio social y no el de una actividad meramente lucrativa. Se adoptará una actitud positiva frente al desarrollo económico, social, científico y cultural de la sociedad dominicana. Se auspiciará el fortalecimiento de una práctica de salud en grupo con miras a incrementar la cobertura, actuando a nivel institucional (servicios de salud) y de la propia comunidad.

## PRINCIPIOS METODOLOGICOS

En el currículo de la Carrera se incorporan los siguientes principios metodológicos fundamentales:

1. *Aprendizaje en servicio*. El aprendizaje profesional se realiza durante un proceso en el cual el elemento formativo principal es el trabajo que el propio estudiante efectúa durante la atención de las necesidades de salud de la población.

2. *Aprendizaje en condiciones reales*. Se propicia la interacción temprana del estudiante con grupos humanos que tienen necesidades reales de salud bucal, evitándose la utilización de simuladores y la creación de situaciones y ambientes artificiales para el aprendizaje.

3. *Subordinación de la teoría a la práctica.* Se concibe que el aspecto esencial del aprendizaje estriba en la interacción del individuo con el medio que lo rodea. Por lo tanto, el aprendizaje odontológico adecuado se logra mediante un conjunto de actividades que deberán ser desarrolladas por cada estudiante con la finalidad de que este adquiera sus propias vivencias, destrezas y conceptos en el campo de salud bucal. El conocimiento teórico proveniente de la lectura de libros y revistas científicas, o de conferencias y demostraciones, es solo un elemento de apoyo que necesariamente deberá confrontarse con las experiencias del propio estudiante. La síntesis que surja de la fusión de la experiencia personal con el apoyo cognoscitivo, constituirá el aprendizaje deseado.

4. *Aprendizaje siguiendo un orden de complejidad creciente.* Las experiencias de aprendizaje tienen una secuencia que permite escalonar el aprendizaje de las funciones odontológicas y de los conocimientos teóricos de apoyo siguiendo un orden lógico de menor a mayor complejidad. Con ello se facilita la adquisición e internalización de experiencias, destrezas y conceptos, y el subsiguiente perfeccionamiento de los mismos, hasta configurar en cada estudiante una formación profesional propia e integral.

## MODELO OPERATIVO: PROGRAMA ESTOMATOLOGICO DOCENTE-ASISTENCIAL

Para poner en práctica los lineamientos conceptuales y metodológicos anteriormente expuestos, se ha diseñado como modelo operativo un Programa Estomatológico Docente-Asistencial. Este consiste en un conjunto de actividades estructuradas en torno a un eje principal—la docencia en el servicio—que permite aplicar y articular los tres niveles de atención: primaria, básica e integral. A continuación se describen brevemente los tres niveles.

### *Primer nivel: atención primaria*

En esencia, la atención primaria consiste en la asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables y generen su participación, y cuyo costo sea compatible con las posibilidades económicas de la comunidad y el país. En el campo odontológico, comprende un conjunto de acciones destinadas a satisfacer las necesidades elementales en salud bucal de una población, tomando como base el binomio escuela-comunidad. Desde el inicio debe tenerse en consideración que en este nivel están involucrados diver-

tos aspectos del desarrollo socioeconómico; por lo tanto, las necesidades elementales no son iguales en los diferentes grupos sociales que componen una población.

*Segundo nivel: atención básica*

Comprende las actividades destinadas a resolver los problemas de mayor prevalencia en salud bucal de los grupos de población infantil y adulto. Se utilizarán métodos, técnicas y medios simplificados, acordes con las necesidades y recursos de cada comunidad.

*Tercer nivel: atención integral*

Comprende las actividades destinadas a resolver los problemas de mayor complejidad en la población infantil y adulta, tanto ambulatoria como hospitalizada, que han sido detectados y referidos de los niveles primario y básico. Se utilizarán los procedimientos estomatológicos más adecuados en cada caso, pero siempre con la tendencia a la simplificación.

## PLAN DE ESTUDIOS

*Objetivos generales*

La Carrera de Estomatología en la FCS-UCMM involucra las tres áreas del quehacer universitario: enseñanza-aprendizaje, servicio e investigación, y estas deben articularse u orientarse para contribuir a la transformación científica de la sociedad dominicana (en lo general) y para mejorar la condición de su salud bucal (en lo particular).

En concordancia con ello, al término de la carrera el estudiante deberá ser capaz de:

- Identificar los distintos problemas que emergen de la realidad social, económica y cultural del país.
- Utilizar en forma crítica el método científico, investigando la problemática de salud como un fenómeno histórico continuo de naturaleza y dimensión social.
- Identificar las características de los problemas biopatológicos específicos que se manifiestan en la cavidad bucal y regiones vecinas.
- Ejecutar todas las funciones estomatológicas que corresponden a los niveles

de atención primaria, básica e integral en cualquier tipo de paciente o grupo de población.

- Planificar, ejecutar y evaluar sistemas de atención estomatológica en esos tres niveles.

### *Objetivos específicos*

Durante la Carrera se alcanzarán los siguientes objetivos específicos:

*De aprendizaje.* Los estudiantes serán capaces de:

- Desarrollar una sensibilidad para los problemas prioritarios que enfrentan las comunidades, familias e individuos de la sociedad dominicana.
- Adquirir y utilizar las habilidades psicomotoras, conocimientos y actividades que correspondan a una práctica profesional odontológica comprometida con la sociedad a la que han de servir.
- Adoptar una actitud crítica y creativa permanente durante su práctica profesional, como individuos y como miembros de los equipos intra e interdisciplinarios en los que se desempeñe.
- Desarrollar una actitud inquisitiva que lo condicione para participar en la educación continua como método de perfeccionamiento profesional constante.

*De servicio.* Los estudiantes deberán:

- Participar con las instituciones de salud en la puesta en práctica y desarrollo del programa de servicio-docencia en salud bucal, tendiendo a mejorar y modernizar los modelos de servicio y la tecnología utilizados.
- Proporcionar atención estomatológica adecuada a la colectividad mediante procedimientos integrales que incluyan la utilización de medidas de promoción, diagnóstico, prevención, restauración y rehabilitación, dentro del concepto bio-psico-social del programa servicio-docencia.
- Utilizar los resultados cualitativos y cuantitativos obtenidos en los diferentes servicios del programa servicio-docencia para retroalimentar a la FCS-UCMM, permitiendo el perfeccionamiento permanente del currículo de la Carrera de Estomatología.

*De investigación.* Los estudiantes estarán capacitados para:

- Utilizar el método científico en forma crítica en los distintos aspectos y fases de su formación profesional.
- Diseñar y ejecutar estudios de investigación socioepidemiológica, clínica y tecnológica para enriquecer el bagaje científico nacional y contribuir al mejoramiento de la condición de salud bucal en el país.
- Ejercer una actitud crítica en relación con las fuentes de información cien-



tífica nacional y del extranjero, especialmente en lo que respecta a la relevancia de la información frente a la naturaleza y magnitud de los problemas nacionales.

## ESTRUCTURA Y ORGANIZACION

El plan de estudios está estructurado como un conjunto de actividades educacionales ordenadas y articuladas en torno al eje de docencia-servicio, cuyo propósito es el de brindar atención estomatológica integral por niveles. Estas actividades se desarrollan en cuatro líneas operativas confluyentes: a) socioepidemiología, b) biología bucal, c) patología bucal, y d) clínica estomatológica integral.

La figura 1 presenta una visión de conjunto de los distintos componentes que configuran el proceso educacional en la Carrera de Estomatología de la FCS-UCMM.

El plan de estudios se desarrolla en 10 semestres académicos (cinco años de estudios); los dos primeros corresponden al Ciclo Básico de Estudios Generales y los ocho restantes conforman la Carrera de Estomatología propiamente dicha, la cual está organizada en módulos (27 en total), que se enumeran a continuación.

*Segundo año* (ocho módulos).

1. Conocimiento estomatológico y sociedad
2. Procesos bucales prevalentes
3. Ecología bucal I
4. Biodinámica bucal
5. Diagnóstico I
6. Programación de la atención
7. Atención primaria
8. Crecimiento y desarrollo craneofacial

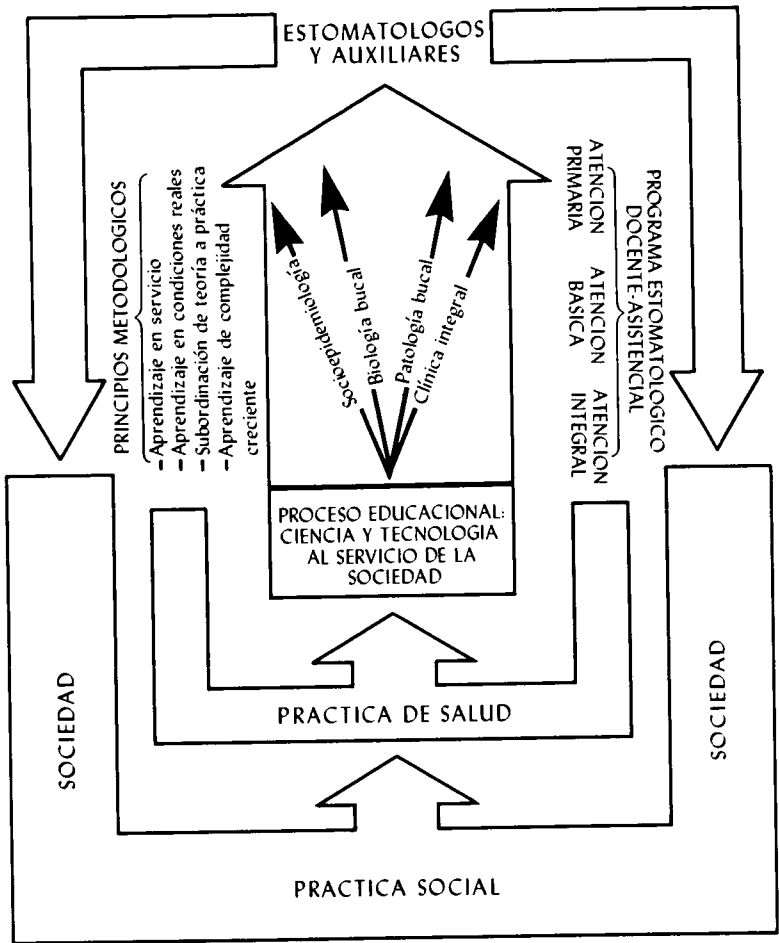
*Tercer año* (seis módulos).

1. Atención de niños I
2. Atención básica I
3. Ecología bucal II
4. Atención de adultos I
5. Atención básica II
6. Análisis y relación de sistemas biológicos I

*Cuarto año* (seis módulos)

1. Diagnóstico II
2. Atención de niños II
3. Atención integral I

Figura 1. Componentes del proceso educacional en la Carrera de Odontología de la FCS-UCMM.



4. Análisis y relación de sistemas biológicos II
5. Atención de adultos II
6. Atención integral II
7. Ecología bucal III

Quinto año (siete módulos)

1. Atención integral III, IV
2. Integración estomatológica I, II
3. Ecología bucal IV
4. Salud y sociedad

El cuadro 1 muestra la distribución de los módulos, ordenados de la siguiente manera:

- Verticalmente: según el año de estudios y los niveles de atención a que corresponden.
- Horizontalmente: según el contenido de los módulos: módulos de eje curricular docencia-servicio; de apoyo cognoscitivo, y de aprendizaje clínico específico.

Los propósitos fundamentales en cada año de estudios son los siguientes:

*Primer año:* Proporcionar al estudiante una amplia visión del universo cultural contemporáneo mediante conferencias, demostraciones, lecturas, discusiones, etc. correspondientes a varias disciplinas científicas y humanísticas.

*Segundo año:* Poner al estudiante en contacto con los aspectos fundamentales de las ciencias de la salud en general y la estomatología en particular, resaltando las relaciones existentes entre el proceso de salud y la estructura social y entre la salud bucal y la salud general; proporcionar experiencias de aprendizaje que permitan al estudiante realizar el examen bucal en individuos y grupos, expresando los resultados de los procesos bucales prevalentes en forma de índices epidemiológicos; aplicar técnicas de promoción y preventivas en diversos grupos de población (atención primaria).

*Tercer año:* Compenetrar al estudiante con la estructura y funcionamiento de los aparatos y sistemas del ser humano y establecer su correlación con los síndromes que revistan mayor importancia en la práctica estomatológica; capacitarlo para programar la atención por niveles tomando como base el conocimiento de la comunidad y el diagnóstico estomatológico de los grupos de población previamente estudiados; capacitarlos en la ejecución de todos los procedimientos clínicos correspondientes al nivel de atención básica en grupos de población que específicamente se le asignen, con énfasis en la atención infantil e incluyendo los siguientes pasos:

1. Explicación de los fenómenos involucrados.
2. Principios en que se base el procedimiento.
3. Secuencia de tareas (demostración).
4. Características del material y equipo requeridos.
5. Ejecución por el estudiante bajo supervisión continua.
6. Repetición frecuente por el estudiante bajo supervisión esporádica (cada vez que sea necesario según el tipo de tratamiento) hasta obtener la automatización.

*Cuadro 1. Distribución de los módulos de la Carrera de Estomatología, por año de estudio, niveles de atención y su contenido y tipo de módulo.*

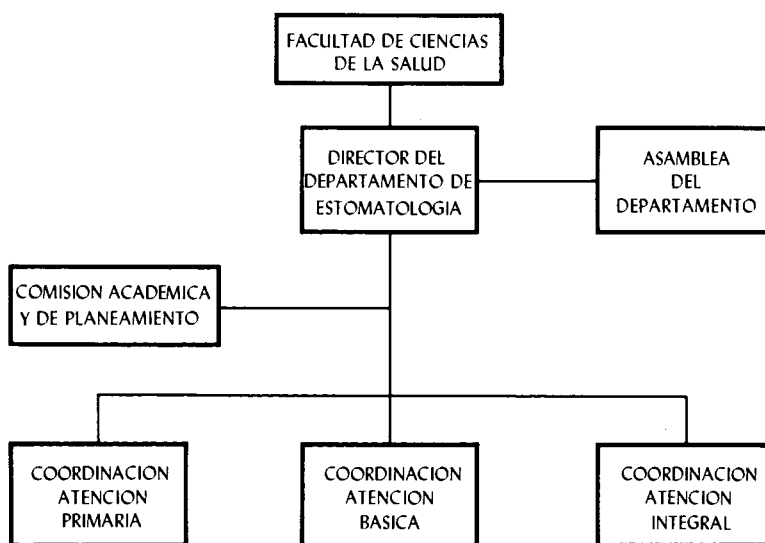
Año académico	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto
Niveles				
Tipo de módulo	Atención primaria	Atención básica	Atención integral	Atención integral
Módulos de apoyo cognoscitivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecología bucal I</li> <li>• Biodinámica bucal</li> <li>• Crecimiento y desarrollo craneofacial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecología bucal II</li> <li>• Análisis y relación de sistemas biológicos I</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecología bucal III</li> <li>• Análisis y relación de sistemas biológicos II</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecología bucal IV</li> <li>• Integración estomatológica I, II</li> </ul>
Módulos de docencia-servicio ( <i>Eje curricular</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento estomatológico y sociedad</li> <li>• Procesos bucales prevalentes</li> <li>• Programación de la atención</li> <li>• Atención primaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención básica I, II</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención integral I, II</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud y sociedad</li> <li>• Atención integral III, IV</li> </ul>
Módulos de aprendizaje clínico	Diagnóstico I	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de niños I</li> <li>• Atención de adultos I</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de adultos II</li> <li>• Diagnóstico II</li> <li>• Atención de niños II</li> </ul>	

7. Asignación de grupos de población para su atención básica total por los alumnos, bajo supervisión con fines formativos y evaluativos.

*Cuarto año:* Profundizar en el estudio de los síndromes frecuentes de la práctica estomatológica y de las entidades patológicas específicas tales como infecciones, procesos inflamatorios, neoplasias, etc., especialmente en relación con sus manifestaciones y mecanismos; capacitar al estudiante en la ejecución de los procedimientos clínicos de complejidad moderada correspondiente al nivel de atención estomatológica integral, aplicando una secuencia de pasos análoga a la descrita para la atención básica, y ejecutar además, algunas acciones de mayor complejidad en un grupo de población adulto.

*Quinto año:* Ampliar la capacidad diagnóstica del estudiante incluyendo las entidades patológicas más complejas y menos frecuentes; capacitar al estudiante en la ejecución de los procedimientos clínicos de mayor complejidad correspondientes al nivel de atención integral, aplicando una secuencia de pasos análoga a la descrita para la atención básica; profundizar en la discusión de la problemática de salud en el contexto social, comparando los alcances de la práctica odontológica tradicional artesanal e individualista y la práctica transformadora de base científica y alcance social.

Figura 2. Organigrama del modelo docente-administrativo del Departamento de Estomatología de la FCS-UCMM.



## RECURSOS DISPONIBLES

Para el desarrollo de la Carrera se dispone de los siguientes recursos:

### *Universidad Católica Madre y Maestra*

Recursos humanos: (noviembre de 1980)

8 docentes a tiempo completo

2 técnicos clínicos

5 auxiliares

6 funcionarios administrativos

49 estudiantes en atención integral

42 estudiantes en atención básica

61 estudiantes en atención primaria

Planta Física del Departamento de Estomatología de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Aulas

2 módulos (4 equipos cada uno), para capacitación en la atención estomatológica integral (programa intramural)

Laboratorio Regional de Prótesis

Planta física de administración y laboratorios de ciencias de la salud (morfología, fisiología, microbiología, etc.)

Recursos de la Facultad de Ciencias de la Salud dedicados a investigación (laboratorios, recursos humanos, etc.)

Recursos propios del Ciclo Básico de Estudios Generales de UCMM.

### *Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social*

#### *Area de Salud de Santiago*

Recursos humanos: (noviembre de 1980)

11 profesionales de docencia-servicio

23 auxiliares

6 funcionarios administrativos

### *Hospital Regional "Cabral y Báez" (Departamento de Estomatología)*

Areas de:

Educación

Administración

Diagnóstico y urgencia (6 equipos)

Módulo de atención estomatológica integral (8 equipos)

Cirugía y traumatología (3 cubículos)  
Ortodoncia (1 equipo)  
Laboratorio (básico) de prótesis

*Subcentros de salud* en Navarrete, Tamboril, Pekín, Cienfuegos y La Joya  
(16 equipos en los 5 módulos)

## RESUMEN

En este artículo se describen varios aspectos de la Carrera de Estomatología en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica Madre y Maestra, República Dominicana, especialmente en relación con la estructura académico-administrativa.

Se presenta un enunciado genérico del enfoque de la Universidad frente a la problemática de salud, así como los antecedentes y fundamentos de la creación de la Carrera de Estomatología y el marco teórico y los principios metodológicos aplicados en el currículo de la misma.

También se ofrece una descripción pormenorizada del plan de estudios, explicitándose los objetivos generales y específicos, la estructura y organización y los módulos que constituyen cada año de estudios.

Por último, se reseñan brevemente las actividades de enseñanza-aprendizaje y las de servicios e investigación y se señalan los recursos disponibles para el desarrollo de la carrera.

---

## A NEW DESIGN FOR THE TRAINING OF DENTISTRY MANPOWER (Summary)

This article describes different aspects, and particularly those of the academic-administrative structure of the Dentistry Program in the Health Sciences Faculty of Universidad Católica "Madre y Maestra," in the Dominican Republic.

It presents a general account of the University's approach to the problems of health, and of the events leading up to the establishing of the Program, the basis on which this was done, the theoretical framework in which the curriculum is embedded, and the methodological principles applied.

It also gives a detailed description of the curriculum, including the general and specific objectives, the structure and organization, and the modules comprised in each academic year.

Finally, the teaching-learning, service, and research activities, and an account of the resources available for the conduct of the Program are reviewed in brief.

### UMA NOVA CONCEPÇÃO PARA A FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM ODONTOLOGIA (*Resumo*)

Nesse artigo descrevem-se vários aspectos do Curso de Estomatologia na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Católica Madre y Maestra, República Dominicana, especialmente em relação com a estrutura acadêmico-administrativa.

Apresenta-se um enunciado genérico do enfoque da Universidade frente à problemática da saúde, bem como os antecedentes e fundamentos da criação do Curso de Estomatologia, o quadro teórico e os princípios metodológicos aplicados no currículo.

Também se oferece uma descrição pormenorizada do plano de estudos, explicitando-se os objetivos gerais e específicos, a estrutura e organização, e os módulos que constituem cada ano de estudos.

Por último, examinam-se brevemente as atividades de ensino-aprendizagem e as de serviços e pesquisa, assinalando-se os recursos disponíveis para o desenvolvimento da especialidade.

### UNE NOUVELLE CONCEPTION POUR LA FORMATION DE RESSOURCES HUMAINES EN ODONTOLOGIE (*Résumé*)

Cet article décrit divers aspects de la carrière stomatologique à la faculté des sciences de la santé de l'Université catholique Madre y Maestra de la République Dominicaine, notamment en ce qui concerne la structure universitaire et administrative.

Il présente un énoncé générique de la conception de l'Université face à la problématique de la santé, ainsi que les antécédents et les fondements de la création de la carrière stomatologique et le cadre théorique et les principes méthodologiques appliqués au programme d'études correspondant.

Il offre également une description détaillée du plan d'études, et explique les objectifs généraux et particuliers, la structure et l'organisation et les modules qui composent chaque année d'études.

Enfin, il décrit brièvement les activités d'enseignement et d'apprentissage et celles des services et de la recherche, et il indique les ressources disponibles pour le déroulement de la carrière.



## Reseñas

---

---

### DÍA MUNDIAL DE LA SALUD 7 DE ABRIL DE 1983: SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000: LA CUENTA ATRÁS HA COMENZADO



**DÍA MUNDIAL DE LA SALUD 7 DE ABRIL DE 1983**

El Día Mundial de la Salud se celebra todos los años el 7 de abril para conmemorar la vigencia de la Constitución de la OMS aprobada en 1948. El tema escogido cada año permite centrar la celebración en un aspecto de la salud pública. El lema “La cuenta atrás ha comenzado” nos recuerda que nos quedan menos de dos decenios para lograr la meta de salud para todos en el año 2000. Cada año, hasta llegar al fin del siglo, será una jornada que debemos transitar juntos los gobiernos y los pueblos. Con esta participación activa y continua la salud para todos será una perspectiva cada vez más cercana.

#### EL PUEBLO, AGENTE DEL CAMBIO EN LA SALUD

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

Solo quedan 17 años hasta la fecha en que ha de alcanzarse la meta de salud para todos en el año 2000. Los Estados Miembros de la OMS se han comprometido a colaborar con objeto de que, para entonces, todas las personas hayan alcanzado, en todas partes, por lo menos un grado de salud que les permita desarrollar un trabajo productivo y participar plenamente en la vida social de la comunidad en que viven.

Sin embargo, los Estados Miembros no están compuestos solo de gobiernos. A no dudar, los gobiernos tienen una responsabilidad por la salud de los individuos pero estos tienen a su vez el derecho y el deber de participar de forma activa

en la preservación de su propia salud y, en caso de enfermedad, de atenderse a sí mismos. Ese deber se extiende a sus familias, sus compañeros, sus colegas y sus vecinos.

¿A qué clase de personas me refiero? Me refiero a las pertenecientes a todos los estratos. Todas ellas pueden ser agentes en el cambio de las condiciones de salud. Son los ciudadanos ordinarios que se dedican cotidianamente a sus ocupaciones en aldeas y ciudades, que se agrupan en familias y comunidades y se asocian entre sí en todo tipo de grupos sociales y políticos, instituciones docentes y de investigación, organizaciones no gubernamentales, asociaciones profesionales, etc. Los auxiliares de salud también forman parte del conjunto, al igual que las personas que asumen responsabilidades en la comunidad, por ejemplo, jefes sociales y religiosos, maestros, magistrados, agentes de la comunidad y asistentes sociales. Sin la participación abnegada de esas personas, la salud para todos seguirá siendo una perspectiva cada vez más lejana.

Ahora bien, para actuar con propiedad, el individuo ha de comprender bien lo que es la salud, y es deber de todos los que ya lo saben el ayudar a los demás a comprenderlo. Ya ha quedado atrás el tiempo en que la acción de la salud era prerrogativa de personas omniscientes que guardaban para sí mismas sus secretos profesionales y daban solo un atisbo de ellos a pacientes ignorantes y pasivos que lo esperaban como una dádiva. El hacer comprender a todos lo que es la salud fue precisamente la razón de que se diera lugar destacado entre los elementos esenciales de la atención primaria a la labor educativa sobre los problemas corrientes de morbilidad y los métodos para prevenirlos y combatirlos.

### *¿Qué se puede hacer?*

¿Qué puede hacer la gente respecto a su propia salud? Para mencionar unos pocos ejemplos, puede emprender una acción individual y colectiva que le asegure la disponibilidad de alimentos suficientes y del tipo adecuado; puede actuar de consuno para aprovechar al máximo el agua de que se dispone o se puede disponer, protegiéndola contra la contaminación; puede imponer normas aceptables de higiene en el hogar y alrededores, en mercados y tiendas, en escuelas, en fábricas, en cantinas y restaurantes; puede aprender la manera de espaciar las gestaciones regulando así el tamaño de su familia y dando a cada hijo una buena oportunidad de supervivencia, una educación razonable y una calidad de vida apropiada.

La mujer puede ayudar a sus congéneres y recabar de los auxiliares de salud el asesoramiento necesario sobre la manera de proceder durante el embarazo y el período de lactancia. Los padres pueden aprender la manera de criar a sus hijos de manera sana, atenderlos cuando padecen diarrea o infecciones respiratorias, y hacerlos inmunizar contra las enfermedades infecciosas cuando el país y la comunidad cuentan con medios para dispensar vacunación. Puede, además, enseñarse

a los padres la manera de reconocer trastornos graves que requieren la atención de personal de salud capacitado.

Las comunidades, con la ayuda y la orientación de sus auxiliares de salud, pueden emprender la lucha contra enfermedades como la malaria y otras parasitosis, por ejemplo, organizando actividades de rociamiento con insecticidas y control de insectos y otros vectores, como son las ratas y ciertos moluscos. Los padres pueden conseguir que se administren a su hijos medicamentos indispensables, como sería la cloroquina para prevenir y tratar la malaria, y que sus allegados de edad avanzada o impedidos reciban la atención que necesitan pero que no pueden conseguir por sus propios medios. Las comunidades pueden velar por que los escolares reciban la instrucción en primeros auxilios y en atención esencial de trastornos leves. Pueden asimismo adoptar medidas, por los procedimientos políticos, sociales y administrativos del país, para que se les faciliten medicamentos esenciales a un costo que puedan sufragar.

### *¿De quién es la responsabilidad?*

He de advertir que lo que antecede no se refiere exclusivamente a los habitantes de países en desarrollo. Por el contrario, la población de países más prósperos, que en su mayoría ha tenido el privilegio de recibir una buena educación, debe asumir mayores responsabilidades en materia de salud; a tal efecto habrá de seguir una dieta adecuada, beber con moderación, abstenerse de fumar, conducir vehículos con cautela, hacer ejercicio, aprender a vivir en medio de las tensiones de la vida urbana y ayudar a los demás en esos empeños.

Para la educación sanitaria son indispensables el interés y la comunicación. Esta última puede y debe no solo indicar lo que se necesita para conservar la salud y lo que se debe hacer cuando empieza a declinar, sino que además puede y debe elevar las aspiraciones del individuo y de la comunidad hacia un mejor estado de salud. Una buena comunicación conducirá a un mayor interés y este, a su vez, la mejorará.

Se necesita una corriente continua de comunicación, no solo mediante mensajes escritos una vez al año con ocasión del Día Mundial de la Salud o en periódicos y revistas locales, nacionales e internacionales, sino también mediante charlas, debates, radio y televisión, historietas gráficas, representaciones, películas, canciones, etc. Esa comunicación ha de tener lugar en el seno de la familia, escuelas, fábricas, colegios y universidades, grupos sociales y religiosos, sindicatos, partidos políticos y otras asociaciones adecuadas.

El mensaje apremiante que quisiera transmitir con ocasión del Día Mundial de la Salud es el siguiente: "Todas las personas tienen el poder de actuar en pro de la salud; el momento de hacerlo es ahora".

Ha comenzado la cuenta hacia atrás en el logro de la meta de salud para todos en el año 2000.

## COMPROMISO INALTERABLE ANTE UN PLAZO QUE SE ACORTA

Mensaje del Dr. Carlyle Guerra de Macedo  
Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

Por primera vez en la historia de la humanidad, existen los conocimientos, los recursos y la tecnología necesarios para que los padres de familia puedan cristalizar sus legítimas aspiraciones de que todos los niños gocen de salud y de una vida activa y productiva. Lo que antes fuera solamente un sueño inalcanzable, aun para las clases privilegiadas, se ha convertido ahora en objetivo pragmático para la gran mayoría. Los países de las Américas comparten con la comunidad internacional un desafío y un compromiso común con sus ciudadanos para alcanzar la salud para todos en el año 2000. Nos quedan únicamente 17 años para alcanzar ese objetivo y, aunque el desafío y el compromiso permanecen inalterables, el plazo que nos dimos para cumplirlo se aproxima a su término.

El Día Mundial de la Salud reafirma la promesa de Alma-Ata de salud para todos. En esa ocasión, hace cinco años, todas las naciones aceptaron por unanimidad el mandato y las metas, sin que se hubiera percibido la mínima expresión de oposición al emitir la declaración de que la atención primaria de salud es la estrategia clave para garantizar progresos fundamentales en la salud y el bienestar de todos los individuos. Pero la retórica y las resoluciones no producen nuevos centros de salud ni proveen de agua potable a las aldeas de las zonas rurales, y las declaraciones no atraen necesariamente la atención y los recursos de las instituciones a las grandes masas humanas que viven en condiciones de extrema pobreza en la periferia de los grandes centros urbanos. Para la Organización Mundial de la Salud y para los países de las Américas, el Día Mundial de la Salud es el momento de reflexionar y de admitir que la distancia recorrida hasta ahora hacia las metas universales de salud es insignificante si se le compara con la que queda por delante en el camino hacia el año 2000.

### *Las Américas y Alma-Ata*

Los Países Miembros de esta Organización prendieron la antorcha que iluminará el sendero hacia el progreso, al adoptar las estrategias regionales para alcanzar la salud para todos y el Plan de Acción regional para la instrumentación de dichas estrategias. Sin embargo, la transformación de las propuestas ahí contenidas en acciones concretas en los países, en beneficio de las poblaciones aún no atendidas, es una tarea que en gran parte queda por hacer dentro del programa de trabajo de esta Organización, de los gobiernos y de los pueblos de este continente.

El cumplimiento de los propósitos trazados en nuestro programa, requiere tanto la reafirmación de la promesa de Alma-Ata, como acciones específicas en la

Región, en las naciones y en las comunidades. Hace cinco años existían obstáculos y dificultades que han aumentado y se han vuelto más apremiantes como resultado de la crisis económica externa que ha sacudido la estructura financiera misma de todos los países, grandes y pequeños. Esa crisis conlleva consecuencias para todos los sectores de la sociedad, incluyendo el sector salud, cuya magnitud no es posible pronosticar. Ellas ya se han hecho sentir al cerrar sus puertas fábricas e industrias, al quedarse los trabajadores sin empleo, al tener millones de familias menos ingresos y menos seguridad, todo lo cual produce inevitables amenazas para la salud. En algunos países ha surgido también una segunda reacción igualmente perturbadora, ya que en el preciso momento en que la recesión económica genera demandas sociales más intensas, algunos países tienden a olvidarse de los objetivos de educación y salud para concentrarse con exclusividad en el restablecimiento de la economía. Esa opción ya no es factible ni aceptable. Se ha despertado una nueva conciencia sobre el derecho a la salud y al bienestar la cual no puede ser ignorada. Por otro lado, el esfuerzo para lograr salud para todos no está en conflicto con el crecimiento económico. Por el contrario, la búsqueda de estrategias de atención de salud más eficientes, equitativas y efectivas, significa un importante factor en el desarrollo de recursos humanos para acelerar el crecimiento económico.

La Organización Panamericana de la Salud y sus Países Miembros comparten esa responsabilidad conjunta—unidos a los individuos mismos—de asegurar el cumplimiento del programa de trabajo que nos hemos trazado para alcanzar la salud para todos.

Los habitantes de las Américas, tienen la responsabilidad apremiante de reunirse con sus familias en los hogares y lugares de trabajo de las ciudades y poblados en donde habiten—por medio de instituciones formales y de grupos informales—para crear las condiciones propicias que conduzcan a un ambiente más saludable y a estilos de vida más adecuados. Esto implica ocuparse de nutrición, alimentos, agua potable, protección del ambiente, utilización de los servicios de salud, higiene personal y saneamiento público, ya que no existe área alguna que sea inmune al impacto de grupos de individuos responsables y bien organizados que puedan educarse para identificar los problemas de salud existentes en sus comunidades y demandar que se tomen las medidas necesarias para solucionarlos.

Los gobiernos de las Américas todavía tienen por delante la magna y fundamental tarea de transformar a las instituciones y reorientar recursos hacia las estrategias de atención primaria de salud, motivando así a las sociedades a participar más activamente. Esto facilitará que, a su vez, la comunidad pueda dedicar sus recursos a la causa de la salud y al establecimiento de fuertes vínculos entre el sector salud y el proceso de desarrollo económico. Así, nos aseguraremos que el objetivo común sea en verdad la satisfacción de las necesidades básicas y del bienestar de todos los habitantes.

*Contribución de la OPS*

Reforma y cambio son por igual esenciales para que la Organización pueda cumplir con su compromiso constitucional de actuar de manera decidida en la cooperación internacional de salud y ayudar a los países en su lucha por alcanzar la salud para todos. Por lo tanto, es imprescindible que se le dé un nuevo vigor a la misión de la Organización, apoyándose en tres aspectos.

El primer pilar de esa misión es el de generar, administrar y divulgar con eficiencia el conocimiento, adaptándolo a las variadas realidades nacionales, uniéndose a ellas en un diálogo permanente, provocativo y productivo y en el esfuerzo de aplicación correspondiente. El buen éxito en este campo dependerá en gran parte de la excelencia técnica del personal de la Organización, de su competencia, de su habilidad para inspirar confianza y asumir responsabilidades y de su dedicación.

El segundo pilar que sustentará esa misión es catalítico por naturaleza, debiendo la OPS fomentar y movilizar los recursos humanos institucionales, materiales y financieros necesarios para alcanzar los objetivos nacionales y regionales. Existe un nuevo reconocimiento de que la cooperación entre países no es una tarea adicional sino una obligación apremiante e inmediata. Con frecuencia, en muchos países en desarrollo se consiguen más fácilmente que en las naciones vecinas más desarrolladas los conocimientos, las habilidades y las técnicas que son iguales o más efectivas, menos costosas y más apropiadas. Dichos recursos están disponibles y deberán ser incorporados a la lucha internacional de salud para todos.

Por último, el propósito central de la misión de la OPS es el de contribuir, a través de esfuerzos propios y de actividades que se originen dentro de los países y entre países, a mejorar el bienestar de los pueblos, contribuyendo también al establecimiento de la paz, la comprensión y la solidaridad entre gobiernos y pueblos.

Salud para todos no es solo un lema o una declaración de ideales, es un compromiso que debe transformarse en realidad. Debemos cumplirlo por la deuda social acumulada que se expresa en sufrimiento, enfermedad y muertes evitables. Sólo así alcanzaremos la justicia y la paz. Juntos—Organización, gobiernos y pueblos—podremos consolidar nuestros ideales como parte del futuro que debemos construir.

## EL CONCEPTO DE EQUIDAD EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD<sup>1</sup>

### *Distribución equitativa de los servicios de salud*

Todos sabemos que las comunidades aportan en la medida de sus posibilidades los medios para que los gobiernos establezcan los servicios de salud y preparen

<sup>1</sup>Trabajo presentado por la Dra. Inés Durana al recibir el Premio Abraham Horwitz en 1982 (véase la sección de Noticias de este número).

técnicamente al personal que debe brindarlos. Pero por equidad y por exigencia de la misma justicia distributiva, esas comunidades esperan que dicha atención se preste comenzando por aquellos lugares que están en condiciones más precarias. Cuando de atención primaria se habla no se trata de una medicina de calidad pobre, que se brinda aleatoriamente, según la ocasional buena voluntad de los dirigentes, sino de un compromiso de la justicia natural para distribuir equitativamente los servicios de salud. Este enfoque puede sorprender a muchos; sin embargo, la atención primaria en salud ha puesto de manifiesto muchos de los desequilibrios reinantes en nuestras sociedades, y suscita controversias ideológicas. Sin tratar lo referente al problema político, social, económico o cultural de la atención primaria, me referiré a la equidad en dos aspectos: en primer término, la equidad respecto a la organización de la práctica y en particular a las relaciones entre los miembros del equipo de salud, y, en segundo lugar, la equidad en lo que se refiere a la formación del personal de salud, haciendo énfasis no ya en la reasignación de funciones, sino en un mejor desarrollo de métodos que fomenten los procesos necesarios para adquirir los conocimientos, habilidades y destrezas básicas para una prestación de servicios más eficaz.

#### *Organización de la práctica en atención primaria*

Todos se preguntan qué es atención primaria. Por una parte los profesionales en salud buscan un significado que les sirva de dirección para sus trabajos fuera de las paredes protectoras del hospital, y por otra, los críticos se interesan más bien en buscar alternativas para disminuir el alto costo de la medicina y la fragmentación por efecto de la especialización extrema. La atención primaria es un nivel de atención, una función, una disciplina académica y un movimiento de reforma a la medicina, y por ende a la prestación de servicios de salud.

- Es un nivel de atención que se presume elemental o simplificado al compararlo con el nivel secundario o terciario, donde se disfruta de mayores recursos y prestigio.

- Es una función que busca la prestación de servicios aceptables y accesibles para todos, fácilmente replicables y con el apoyo de la comunidad y de los otros niveles de atención.

- Es una disciplina académica en la cual las ciencias médicas se interrelacionan con las sociales y del comportamiento en la solución y causalidad del problema de la enfermedad, así como en el límite y la expansión de los territorios profesionales.

- Es un movimiento de reforma porque la atención primaria es vista como una renovación, apareciendo esos cambios necesarios como promisorios a fin de lograr una medicina más equitativa, más justa y de mejor calidad.

Este movimiento de atención primaria, tal y como se ha definido, apela a nuevos contenidos y dirección de la práctica médica. En efecto, querer llevar al nivel básico de atención una medicina simplificada, que no puede dejar de ser genuinamente científica, implica que las especialidades médicas deben desarrollar

al mismo tiempo que sus técnicas e investigaciones, unas aplicaciones más prácticas y económicas. Quizá venga al caso mencionar aquí algunos de los hallazgos de una investigación que realicé para optar al título de Doctor en Filosofía, hace unos años. Mi interés radicó entonces en averiguar las causas que incidieron en el origen de las carreras paramédicas. Para mi sorpresa, dichas causas aparecieron estrechamente relacionadas con el factor económico. En los inicios de la década de 1930, en el momento de la depresión mundial, la American Medical Association y la American Hospital Association acordaron detener por un año el egreso de los médicos al mercado profesional y dispusieron rotarlos por los hospitales en los servicios tradicionales de medicina, cirugía, obstetricia y pediatría. Como la situación económica no mejoró sustancialmente y continuaba el peligro de que la oferta profesional superara la demanda de servicio, lo que traería una disminución inmediata del ingreso médico, se propuso desarrollar un plan que, eventualmente, sentó nuevas bases para las especialidades médicas. Una vez más, se solicitó al recién egresado que permaneciera en el hospital, pero concentrando conocimientos, intereses y habilidades en cada una de las áreas clínicas. Esta concentración en áreas limitadas fue en buena parte el origen de las especialidades como hoy se conciben.

Así desarrollada cada área en cuanto a contenido, tecnologías, complejidad y organización, surgió la necesidad de contar con asistentes que permitieran extender, dentro de ciertos límites, la acción de los especialistas. Por ejemplo, del fisiatra derivaron los fisioterapeutas, del radiólogo las tecnólogas y del odontólogo las higienistas dentales. Es decir, el personal técnico y auxiliar se originó en algunos países desarrollados por una necesidad de extensión de servicios, por un esfuerzo para superar la calidad de atención y no por una carencia o falta de personal capacitado.

¿Qué puede significar esto, en la actualidad, para nuestros países latinoamericanos y para la ampliación de la cobertura que tanto se necesita a fin de cumplir la meta de salud para todos y llegar a una medicina más equitativa para nuestra sociedad, cualquiera que sea su ubicación geográfica y su problema? Nos indica, creo, que al contar con suficientes médicos, y este es ya el caso de algunos países latinoamericanos, se imponen cambios para que el personal de salud trabaje eficientemente y que cada cual encuentre la razón de su función y contribución, sin oposiciones y participando todos en metas comunes.

Un aspecto que nos ha enseñado la atención primaria, respecto al contenido y función de la práctica médica, es la necesidad de buscar un equilibrio adecuado entre las acciones para conservar la salud y aquellas dirigidas a tratar la enfermedad. Así, todas tendrán que enfocarse especialmente en mantener un estado saludable físico, intelectual y emocional, con miras obvias de mejorar la calidad de vida, sin descuidar el tratamiento de aquellas dolencias que puedan beneficiarse con terapias específicas. Resulta, pues, evidente la importancia que aquí tienen la prevención, la recuperación y la rehabilitación. La búsqueda de alternativas a la hospitalización ha sido otra de las contribuciones importantes de la atención primaria a la práctica médica. El estudio de estas alternativas ocupa actualmente



nuestra consideración en un programa diseñado para su ejecución en el Centro Médico de los Andes de la Fundación Santa Fé, en Bogotá, Colombia. Es mucho lo que se logra mediante programas ambulatorios. Hace años no se hubiera concebido una "cirugía ambulatoria" como se hace hoy para el tratamiento de tantos y tan variados casos, a no ser por esta iniciativa que busca simplificar lo simplificable. Nos cabe la satisfacción de que estas novedades se iniciaron, en buena parte, en América Latina.

Finalmente, el movimiento de atención primaria ha mostrado la necesidad de la participación de la comunidad. Entre muchos de los conceptos, yo la interpreto como la educación del lego en materia de salud, para que identifique con mejor criterio sus problemas con objeto de prevenirlos o remediarlos en la medida de sus posibilidades. Hay pues aquí un amplio campo de exploración para buscar equilibrio y equidad entre el profesional tradicionalmente responsable de todas las acciones de salud y el hombre común y corriente del lugar.

#### *Metodologías y contenidos de formación del personal de salud*

El perfeccionamiento técnico del personal responsable de la salud debe ir acompañado de un cambio educacional de la comunidad. La educación formativa, tanto del personal de salud como de la comunidad en general, debe ser el motor que impulse y alimente el efecto renovador de la atención primaria. Me refiero a la educación en general, como instrumento de cambio aplicable a todos los estratos de la sociedad, pero más específicamente, a la formación que debe preceder al ejercicio de una disciplina de salud, con el fin de asegurar tanto la suficiencia del personal como su acogida por parte de las comunidades.

En esta ocasión quiero expresar mi reconocimiento a la Organización Panamericana de la Salud, que aceptó traducir, adaptar y publicar mi libro titulado *Estrategias de enseñanza-aprendizaje en la atención primaria de salud*,<sup>2</sup> producto de una investigación auspiciada por la Fundación Rockefeller en la República de Zaire, y en la que colaboraron con el personal local varias organizaciones internacionales y misiones religiosas. Dicha investigación completó otras similares realizadas anteriormente por mí en las universidades del Valle (Colombia) y de Mahidol y Ramathibodi (Tailandia). Este trabajo de campo permite concluir, bien fundamentadamente, que para la implantación de la atención primaria es necesario contar con personal de base calificado, que responda a un sistema de apoyo de los niveles secundario y terciario. Su formación requiere menor énfasis en las funciones, que de todos modos son cambiantes, y uno mayor en los procesos y contenidos metodológicos. Por ejemplo, capacitar al personal de salud para la toma de decisiones, atribución en la actualidad casi exclusiva del profesional médico, mejorar la comunicación entre el promotor de salud y sus comunidades y de aquél con el sistema de salud, y desarrollar su creatividad para ser productivo en distintos ambientes sociales y técnicos.

<sup>2</sup>Publicación Científica de la OPS 433 (1982).

Pasemos ahora a considerar la posible influencia de la atención primaria sobre cambios en la formación del personal de salud, a fin de que este participe conscientemente en el movimiento de la atención primaria. La educación médica se ha sustentado en la investigación de las ciencias biológicas y progresivamente se ha centrado en el hospital. La dirección de estas investigaciones ha influenciado el contenido y la expresión de la instrucción clínica. Algo similar debe estimularse para desarrollar la educación adecuada a la atención primaria. La naturaleza de nuevas investigaciones proporcionará la guía para definir su función y práctica pero sobre todo las cualidades y competencias del personal de salud.

La reforma de la educación será difícil a menos que se generen las condiciones académicas y económicas requeridas para establecer ambientes propicios donde se enseñe y perfile la atención primaria, que no serán exclusivamente los centros hospitalarios, pero sí, por ejemplo, centros de salud o los mismos laboratorios comunales. Este nuevo enfoque de enseñanza permitirá desarrollar las estrategias de sobrevivencia, basadas en los procesos y habilidades sociales, que complementan y apoyan las habilidades técnicas.

Mi impresión es que el contenido y el método en la atención primaria no pueden separarse. Esto nos permite aclarar la relación de los perfiles ocupacionales con los educacionales. Experiencias al respecto hemos tenido en nuestro trabajo de atención primaria en Colombia, realizado por el Ministerio de Salud con la cooperación del Gobierno de los Países Bajos. Cabe anotar que experiencias anteriores de otros programas han enriquecido nuestra tarea.

La flexibilidad con que han actuado ambos gobiernos, nos ha permitido, al mismo tiempo prestar atención primaria en zonas dispersas y marginadas rurales, y estudiar las características de sus poblaciones y condiciones, en diferentes grupos: colonos, negros e indígenas en áreas deprimidas. A raíz de esas experiencias es posible entrar ahora a plantear otros esquemas de formación y nuevos contenidos de práctica. Una prioridad que se ha identificado, derivada de los diagnósticos participativos, apunta a la educación en salud. Tema bastante inexplorado y cuyo conocimiento es importante para lograr mayor equidad entre prevención y recuperación de la salud.

Respecto al enfoque que considero debe darse a la formación, he visto la necesidad de respetar y valorar conceptos que tienen más un matiz cultural que técnico, pero que uno sin el otro crean una dicotomía y hacen imposible el logro de programas viables en atención primaria. Esos conceptos son las llamadas "habilidades sociales", en contraste con las "habilidades técnicas"; por ejemplo, la influencia de la percepción sobre la acción, la adaptabilidad y creatividad en distintos ambientes. Las personas tienen diferentes maneras de percibir, pero no debe suponerse que por vivir en un ambiente que parece sencillo o pobre sean necesariamente menos perceptivas que aquellas cuyas vidas reciben abundantes estímulos ambientales. Lo que interesa al trabajador en atención primaria es, ante todo, la gente. El interés por la gente resultará beneficioso tanto para el que sirve como para el que es servido.

Para mí, la atención primaria constituye una oportunidad para relacionar las habilidades sociales con las técnicas, y mediante ese equilibrio aproximarse a la necesaria equidad en la práctica y desempeño del personal de salud, bajo la orientación del especialista y de la comunidad organizada. En ese sentido, como en los que surgen de otras áreas, el Documento Oficial 179 de la OPS, *Salud para todos en el año 2000—Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales*, constituye un importante desafío y seguramente su aplicación será un medio para alcanzar la equidad y demás metas en que está inspirado, y por las cuales claman a voces los amplios grupos marginados de la vida nacional en nuestros países.

La obtención de las metas planteadas en la estrategia de atención primaria requiere de una larga y continuada labor y el premio que se me concede fortalece mi entusiasmo, motivo por el cual, reitero mis agradecimientos a la Fundación Panamericana de la Salud y Educación y a la Organización Panamericana de la Salud.

## CARDIOPULMONARY RESUSCITATION GRADUATE EDUCATION IN DEVELOPING COUNTRIES<sup>1</sup>

### *Introduction*

Cardiopulmonary resuscitation (CPR) is not a priority in third world countries. Health problems such as malnutrition, infectious diseases, basic sanitation, vaccination, and economic issues such as housing, literacy, technical training, birth control, unemployment, crime, inflation, and balance of payments take precedence over CPR training. Brazil has the highest rate of civil construction and traffic deaths in the world. Consequently, safety education with first aid (and CPR) training should head the list of government priorities.

The leadership, standards, and recommendations on what to teach and what not to teach in first aid should preferably come from the medical profession and the medical schools. The objective of this study was to determine the amount of time given to CPR training in graduate education, and to survey the CPR facilities available in medical schools in developing regions.

### *Materials and methods*

A simple questionnaire was sent to the deans of 200 medical schools in developing countries throughout the world, 118 of which responded. Table 1 shows the geographic distribution of the schools.

---

<sup>1</sup>John Cook Lane, M.D., Associate Professor of Surgery, Faculty of Medicine, University of Campinas, Centro Médico of Campinas, São Paulo, Brazil.

*Table 1. 118 medical schools from developing regions, 1981.*

Regions	Schools	Percentage
Latin America	69	55
Africa	13	10
Middle East	8	7
Far East	14	11
Oceania	14	11

### *Results*

An average of 2.5 hours (including practice on mannequins) was dedicated to CPR in graduate education. Seven schools (6 per cent) answered that CPR was not taught. Ten schools (8.5 per cent) answered that more than 4 hours were given to CPR (four of these were in Australia). Table 2 shows the availability of audiovisual equipment for teaching and training medical students.

Letters were sent to 73 of the medical schools asking an additional question: were paramedical personnel routinely trained in their institutions? A total of 42 per cent responded in the affirmative.

The results of the survey point to the scarcity of materials available for teaching CPR (not to mention advanced life support). Of the 118 schools, 49 (41.5 per cent) do not even have slides available for graduate teaching. Volunteers can be used to show the proper position of the head and the proper location for external cardiac massage, but they cannot be used for the actual practice of mouth-to-mouth breathing and the performance of cardiac massage. Therefore, the only alternatives are to use mannequins (very practical) or perform CPR in actual clinical situations. In the latter case, the frequency of respiratory and/or cardiac arrest is not sufficiently frequent to train the entire graduate medical school class in most instances. One could infer that possibly one third to half the medical students are not given an opportunity to practice either on mannequins or on patients before they graduate. Defibrillators are more plentiful but many medical school hospitals still lack this basic tool. Paramedical personnel are taught CPR in less than half the institutions surveyed.

*Table 2. Audiovisual materials available for teaching CPR in 118 medical schools.*

Materials	Schools	Percentage
Slides	75	63.5
Mannequins	36	30.5
Movies	25	21.0
Defibrillators	76	64.0
Animals	3	2.5
Cadavers	1	-

### Conclusions

A 1981 survey of CPR education in 118 medical schools shows and inadequate number of hours (2.5) assigned to this subject. Many institutions do not have slides or mannequins for training. It may be that to some extent the government priorities outlined above take precedence over medical school needs, relegating CPR to the lower end of the priority scale. Since most of these materials are available at relatively low cost, monetary reasons cannot be taken seriously into account. In many schools, especially the state owned institutions, there is an enormous amount of red tape needed to approve and obtain special requests such as those for effective teaching in cardiopulmonary resuscitation.

Medical schools are the natural choice for teaching first aid and resuscitation. It behooves the enthusiastic volunteer to use all his efforts to influence medical schools first, then volunteer organizations and governments, to teach first aid and CPR to graduate students.

### NATURALEZA Y PROPOSITOS DE LAS MONOGRAFIAS EN EL CAMPO DE LA SALUD<sup>1</sup>

Con relativa frecuencia los sistemas evaluativos educacionales consideran la elaboración de un escrito al cierre curricular de una carrera o de un curso formativo. Para muchos docentes este es el medio más idóneo (¡y más cómodo!) de evaluación sumativa. Desde esa perspectiva, tal escrito constituye un instrumento de medida (cuantitativo o cualitativo) que desemboca inexorablemente en un juicio de valor. Como instrumento debe responder a ciertas cualidades para que los resultados puedan significar algo para el educador, para la escuela, el estudiante y la sociedad que, en último término, ha dado lugar a la estructura educativa.

En educación los instrumentos de medida se llaman genéricamente "tests" y deben reunir cuatro características esenciales para que se consideren como tal: validez, fiabilidad, objetividad y pertinencia. Por *validez* entendemos el grado de precisión con que el test utilizado mide realmente lo que está destinado a medir; la *fiabilidad* es la constancia con que un instrumento mide una variable determinada, concepto estrictamente estadístico; se trata de una condición necesaria pero no suficiente para la validez. Por *objetividad* entendemos el grado de concordancia entre los juicios expresados por examinadores independientes y competentes sobre lo que constituye una "buena" respuesta para cada uno de los elementos de un instrumento de medida, y por *pertinencia* entendemos el grado de respeto de los criterios establecidos en la selección de las preguntas o puntos para

---

<sup>1</sup>Dr. Mario Gutiérrez Layton, Profesor-Investigador, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Programa Buenos Aires, Argentina.

que aparezcan conforme a los fines del instrumento de medida. Este concepto está muy próximo al de validez del contenido.<sup>2</sup>

No hay dudas de que el cumplimiento de tales atributos por el escrito permiten evaluar al estudiante en función de objetivos educacionales. Así y todo, es sin embargo el proceso de confección del escrito el que lleva realmente a evaluar el grado de aprendizaje en el área cognoscitiva, efectiva y sensitivo-motor. Tal proceso lo incita a aprender (motivación), lo orienta sobre su logro (retroalimentación) y le permite llenar sus lagunas, esto desde el punto de vista del estudiante. Por otra parte, orienta al profesor sobre su enseñanza, aumenta el prestigio del centro y protege a la sociedad al aparecer este requisito previo a la otorgación de un título como un certificado de competencia.

Aunque es frecuente homologar el significado de diversos sinónimos de este tipo de escrito y se habla indistintamente de tesis, memoria o monografía, en rigor existen algunas diferencias conceptuales que no está de más desentrañar con la ayuda, claro está, del diccionario. Según el de la Real Academia Española, *memoria* es, con mucho, la acepción de más difícil ubicación ya que comprende desde un “monumento que queda a la posteridad para recuerdo o gloria de una cosa” hasta una simple “exposición de hechos, datos o motivos referentes a determinado asunto”. Más comúnmente, en un sentido de importancia íntima, se refiere a un “estudio, o disertación escrita, sobre alguna materia”. *Tesis* parece ser, si no la más importante, la más solemne, pues significa “disertación escrita que presenta a la universidad el aspirante al título de doctor en una facultad”, y *monografía*, tal vez la más aceptada en el área extra-universitaria de la educación médica, implica la “descripción y tratado especial de determinada parte de una ciencia, o de algún asunto en particular”.

¿Cuál va ser en definitiva el sustantivo elegido por el director de un curso o de una escuela universitaria para designar este escrito que nos ocupa? Es algo que se refiere más a la forma que al fondo, a la solemnidad que a la sustancia. En nuestro concepto y para el propósito de estas reflexiones, elegimos el término monografía por expresar un valor intermedio que, por su especificidad nominal, más se acerca al fin evaluativo de un cierre de curso o de una etapa curricular de una carrera en el campo de las ciencias de la salud.

Circunscripto de este modo el sujeto de nuestro interés en la formación, como cierre curricular, la monografía, veamos ahora su utilización en el área de la educación continua. Desde esta perspectiva, en la autocapacitación asistemática o en los sistemas de aprendizaje permanente regulados por cuerpos docentes universitarios o parasocietarios debemos replantearnos los propósitos. ¿Cuál es (o son) el *para qué* de este esfuerzo intelectual? Evidentemente, en este contexto el proceso concreto de evaluar—el uso instrumental del escrito—pasa a ser un medio y no un fin. Ahora revalorizamos los gananciales prioritarios del educando

<sup>2</sup>Guilbert, J.-J. *Guía pedagógica para el personal de salud*. Ginebra, OMS, 1977. Edición revisada, 1981.

al vivir esta experiencia y su contraparte el lector, beneficiario (o víctima) de su lectura.

En tal enfoque, desde el punto de vista del autor, la monografía tiene los siguientes propósitos selectivos o complementarios:

1. Práctica de aprendizaje orientado hacia el estímulo de la capacidad (latente o real) de investigación, actitud de observación crítica y hábito de autoformación con respeto al método científico.
2. Opción para la práctica del trabajo en equipo sobre un tema concreto, enfocado con una perspectiva multidimensional y realizado preferentemente en grupos multidisciplinarios.
3. Ejercicio de la capacitación para perfeccionar y probar estrategias de recolección, elaboración y síntesis de la observación, incluida la presentación y publicación de los resultados.

Empero, por estar siempre el autor en función del lector, quien escribe una monografía en el campo de salud no debe olvidar nunca que fundamentalmente debe tener en cuenta lo siguiente:

1. Tratar un tema relevante de salud mediante el análisis crítico y racional de los hallazgos y asumir una postura explícita respecto a las soluciones o recomendaciones propuestas, cuando ello fuere pertinente.
2. Elegir un tema que sea realmente importante, que contenga un mensaje bien definido para comunicar, que se encuentre apoyado por datos fehacientes y que la prosa sea clara.
3. Que para justificar la publicación en una revista científica o comunicarla oralmente a sus pares, el autor debe presentar información nueva o nuevas interpretaciones sobre hechos ya conocidos.
4. Que el lector de artículos científicos también tiene sus valores para seleccionar el material a su disposición y que además de la brevedad y amenidad literaria del contenido exige otros atributos derivados de su propia perspectiva, entre los cuales cabe destacar su aversión por los artículos con demasiadas pruebas estadísticas. "Los valores de  $p$  no sustituyen el sentido común, por lo que solo debe ofrecerse la información necesaria e indispensable para apoyar las conclusiones. El resto de los datos ofrecidos por la computadora es mejor dejarlos sobre la mesa".<sup>3</sup>

Habitualmente el proceso de confección de una monografía (o de una tesis) se inicia por la necesidad del alumno de satisfacer una exigencia escolástica más que en la inquietud solitaria de una persona o de un grupo de comunicar por escrito a sus colegas contemporáneos (a la posteridad resultaría demasiado vanidoso) un trabajo empírico o teórico considerado relevante. En uno u otro caso los pasos que se describen a continuación son perfectamente válidos.

<sup>3</sup>Bergman, Abraham B. Confesiones de un revisor de manuscritos. *Pediátrica* (ed. esp.), Vol. 10, No. 5, 1980.

En ambos sentidos, aunque más en el marco de un sistema formativo formal, el primer paso es consultar la "idea" primitiva con un colega de mayor experiencia, cotejar opiniones y, sobre todo, cumplir en esta etapa preliminar las exigencias clásicas del "mercado", esto es, apreciar sin prejuicio y sin sobrevaloración personal cuál es la verdadera importancia asignada al tema y cuántas posibilidades de "venta" tiene el producto que se piensa confeccionar. Establecida la idea primitiva, es recomendable en la etapa profesional—e indispensable en la etapa formativa—elegir un asesor o tutor para llevar a mejor término la planificación y la ejecución del escrito. Elegido este asesor se inicia un proceso de "negociación" destinado a definir para él o con él el contenido sustancial de un proyecto de monografía o tesis, el cual deberá ser lo más conciso posible. El autor o el grupo trabajará al efecto bajo la dirección académica de un profesor o estará en consulta permanente con su asesor sobre la base de un diseño concreto de tareas derivadas de objetivos definidos. Es indispensable determinar en esta etapa preparatoria la lista de actividades, la asignación de responsabilidades y la necesidad y uso de los recursos instrumentales, económicos y de tiempo, todo ello en el contexto de un cronograma de génesis consensual pero de cumplimiento riguroso.

Cuando la monografía o tesis incluya trabajo en el terreno, la elección de los lugares para la búsqueda de la información, así como las estrategias para ejecutar dichas tareas de observación y de recolección de la información, deberá discutirse y perfeccionarse con el asesor.

Aclarada esta primera aproximación en el afinamiento de este escrito inicial, denominado en el lenguaje planificador, diseño ("draft" en la jerga anglosajona) quedará bien clara la factibilidad y viabilidad de la empresa a la vez que implícita la justificación del tiempo que va a demandar su realización al autor y a su asesor.

De hecho, el diseño deja establecido:

- a) la fundamentación sobre la importancia del problema o asunto a describir o investigar;
  - b) el marco de referencia teórico que comprende el tema;
  - c) la metodología elegida;
  - d) los recursos que precisará y su fuente de obtención;
  - e) la bibliografía fundamental con que se pretende relacionarla;
  - f) las etapas que comprenderá el plan de realización, incluido el cronograma de tareas,
- y
- g) "en cuanto al problema mismo a investigar o describir, quedarán esbozadas las proposiciones centrales que, en principio, guiarán la elaboración del trabajo o bien, identificarán él o los fenómenos que se desean explicar y las razones que hacen a su importancia".<sup>4</sup>

Finalizado el trabajo de búsqueda bibliográfica y la etapa de ejecución de las tareas de gabinete y de terreno, procede recopilar y procesar los hallazgos en función de los objetivos formulados. Por último, se discuten los resultados y se sintetizan las conclusiones con miras a su presentación oral o escrita.

<sup>4</sup>FLACSO: Reglamento de tesis. Fotocopia. Buenos Aires, 1980.



## GUIA PARA LA CONFECCION DE UNA MONOGRAFIA EN EL CAMPO DE LA SALUD

1. *Pasos metodológicos*
  - 1.1. Elección del tema<sup>5</sup>
  - 1.2. Elección del asesor docente
  - 1.3. Diseño de la tarea
    - 1.3.1. Definición de objetivos
    - 1.3.2. Listado de actividades
    - 1.3.3. Asignación de responsabilidades
    - 1.3.4. Distribución del tiempo
  - 1.4. Trabajo en el terreno
    - 1.4.1. Elección de los lugares para la búsqueda de la información
    - 1.4.2. Realización de la tarea de observación y recolección de la información
  - 1.5. Recopilación y elaboración de los datos
  - 1.6. Síntesis en función de los objetivos
2. *Esquema o guión para la presentación escrita*
  - 2.1. Definición y análisis del problema
    - 2.1.1. Propósitos del trabajo
    - 2.1.2. Antecedentes históricos del tema
    - 2.1.3. Investigaciones previas
    - 2.1.4. Críticas a dichas investigaciones
    - 2.1.5. Teoría o doctrina del autor respecto al tema
  - 2.2. Material y métodos
    - 2.2.1. Características del material revisado
    - 2.2.2. Observación y experiencias realizadas
      - a) técnicas
      - b) limitaciones encontradas
  - 2.3. Resultados obtenidos
  - 2.4. Discusión
  - 2.5. Conclusiones
  - 2.6. Resumen y sumario
  - 2.7. Bibliografía: en listado enumerado al final del trabajo o al pie de página de acuerdo con la secuencia en que hayan ido apareciendo en el texto, siguiendo con esta norma:
    - apellido e inicial del nombre del autor o de los autores
    - título completo del artículo en su idioma original
    - nombre de la revista en que aparece, volumen de la revista, página inicial del artículo y año en que fue publicado

La referencia a libros se hará de la siguiente manera:

    - título completo del libro en su idioma original
    - ciudad o país en que fue impreso
    - casa editorial y año de publicación

A manera de colofón, ofrecemos las siguientes reflexiones relativas a la confección de artículos médicos pero válidos a todo escrito en el campo de la salud:

<sup>5</sup> *Encuadre del tratamiento temático*: descripción y análisis del problema en estudio en función de su magnitud e importancia para la salud individual y/o colectiva. El tema o el problema elegido debe ser, en lo posible, trascendente y justificar el tiempo que demandará al alumno y al asesor docente.

“Recuerde que la única razón por la que una persona se interesa en leer un artículo es saber cómo termina. Haga todo aquello que contribuya a que el lector, una vez terminada la lectura, encuentre alguna de estas satisfacciones: aprender algo nuevo, recordar algo que había olvidado o simplemente se ha divertido”. (M. Fernández)

“Para escribir un artículo científico es necesario llenar tres requisitos: primero: tener algo que decir, segundo: decirlo, tercero: *no decir nada más que eso*”. (Santiago Ramón y Cajal)

“Las mejores comunicaciones tienden a ser más breves que las dudosas. Cuando se ha encontrado el manantial, los adornos solo consiguen enturbiar las aguas”... “Desde la década de 1950, la literatura médica se ha convertido en altisonante, pesada y aburrida. El ‘lenguaje médico’, ese atroz idioma con todas sus condicionantes para ‘cubrirse las espaldas’, lleva a que haya que ponerse cuello duro y corbata para leer un artículo médico”. (Abraham B. Bergman)

## TALLER SOBRE LA ENSEÑANZA DE LA ADMINISTRACION ESTRATEGICA EN CURSOS DE ADMINISTRACION DE SALUD

El Taller tuvo lugar en Rio de Janeiro, Brasil, del 6 al 10 de diciembre de 1982. Contó con la colaboración del Programa PROASA/EBAP/FGV<sup>1</sup> y la participación de más de 30 profesionales, expertos y académicos especializados en administración pública, administración de salud y formación de recursos humanos para la salud. Constituyó la sexta reunión<sup>2</sup> celebrada dentro de la serie de talleres auspiciados por la OPS y la Fundación W.K. Kellog, como parte del Programa de Educación en Administración de Salud. La reunión tuvo por objeto analizar las formas de incorporar el concepto de la administración estratégica en la enseñanza de la administración aplicada a la salud, entendiendo como administración estratégica el empleo racional y eficiente de los recursos para lograr un efecto real sobre el estado de salud de la población.

Los objetivos específicos del Taller fueron:

- Identificar el propósito y los objetivos de la enseñanza de la administración estratégica en los programas de adiestramiento en administración de salud.
- Intercambiar experiencias sobre la enseñanza y la aplicación de la administración estratégica en el campo de la administración de salud, con el fin de incrementar el efecto multiplicador del seminario en cada país.
- Analizar los niveles de enseñanza a los cuales deben dirigirse los programas de adiestramiento

<sup>1</sup>Sigla del Programa de Administração de Saúde/Escola Brasileira de Administração Pública/Fundação Getulio Vargas.

<sup>2</sup>Los cinco talleres anteriores tuvieron como temas el comportamiento organizacional, la evaluación y planificación de servicios de salud, economía, finanzas y control de costos de los servicios de salud, análisis de sistemas e investigación de operaciones, y epidemiología aplicada a la administración de salud.

- Proponer modelos de contenido, metodología y evaluación para la enseñanza de la administración estratégica aplicada a la administración de salud.
- Seleccionar el material bibliográfico y contribuir a la elaboración de material de enseñanza sobre la materia.
- Indicar aproximadamente 25 artículos a ser publicados por la OPS.

### *Marco conceptual de la administración estratégica*

Los trabajos del Taller se desarrollaron a partir de una conceptualización inicial de la administración estratégica. Se señaló que, más que un concepto académico, la administración estratégica constituye un nivel de análisis de las organizaciones y de la propia administración, que tiene como objetivo introducir cambios externos e internos en las organizaciones, con el fin de lograr una mayor adecuación de los servicios de salud a las necesidades de la población. Para ello se estimó importante reorientar las prioridades de la administración hacia los aspectos sociales, buscando producir impactos externos en función de las necesidades del contexto, como, por ejemplo, la demanda de la población.

Esta visión se fundamenta en las siguientes premisas:

- El ambiente es mutable, es decir, está sujeto a continuas transformaciones de orden económico, político, sociocultural y tecnológico.
- Las organizaciones también deben ser mutables, para poder acompañar y favorecer dichas transformaciones.
- El administrador debe, a su vez, ser capaz de captar y comprender las tendencias del ambiente, reorientando las políticas, las directivas y los objetivos de las organizaciones, a fin de que las mismas respondan a las necesidades de la sociedad.
- Como se prevé un cambio en el papel del administrador, es recomendable que la enseñanza de la administración estratégica enfatice los componentes de comportamiento y de actitud.
- La administración estratégica debe referirse esencialmente al estudio del contexto, el proceso de la toma de decisiones y el análisis de la participación.
- La administración estratégica no constituye un campo aislado de conocimientos: por el contrario, lleva implícito un concepto de integración de conocimientos o experiencias, e involucra al mismo tiempo el carácter de elemento final multidisciplinario, haciendo altamente deseable la integración de servicio y enseñanza.

### *Ambito de aplicación de la enseñanza de la administración estratégica*

Se señaló la necesidad de enfatizar el concepto de administración estratégica fundamentalmente a dos niveles: a) en la formación de docentes (mediante cursos de especialización, maestría y doctorado), y b) o en la capacitación en servicios (directamente vinculada a la prestación de la asistencia, tanto para los profesionales dedicados en forma directa a funciones asistenciales como para el personal encargado de las tareas de dirección y apoyo de los servicios).

Se señaló asimismo la conveniencia de adoptar un enfoque estratégico a la enseñanza de la administración en la formación de alumnos de graduación y técnicos para el sector salud, dentro de una perspectiva de integración de la docencia y el servicio.

### *Objetivos de la enseñanza de la administración estratégica*

Se consideró que los objetivos de la enseñanza de la administración estratégica deberían ser los siguientes:

- Capacitar al personal del sector de la salud para acompañar o introducir cambios en los sistemas nacionales de salud y en las instituciones que los integran.
- Capacitar al personal del sector de la salud para: a) interpretar, ejecutar y evaluar los procesos que dentro del aparato estatal resultan en la formulación de políticas, estrategias y planes, y b) interpretar el contexto y formular, ejecutar y evaluar sus propias políticas, estrategias y planes.

Se destacó que la enseñanza de la administración estratégica, como proceso dinámico que lleva a la transformación, debe estimular actitudes que favorezcan el cambio y consideren a la organización como un ente flexible.

### *Programa básico de enseñanza de la administración estratégica*

Se analizó el esquema general de un programa de enseñanza de la administración estratégica, recomendándose la inclusión de los siguientes temas:

1. Administración estratégica: su concepto. La administración a la luz del enfoque finalista. La planificación y su componente estratégico.
2. Las condiciones de salud y sus determinantes. Aspectos del contexto. Las instituciones de salud. Estructura de poder en el sector de la salud. Análisis de las relaciones interinstitucionales e intersectoriales. Políticas de salud.
3. La organización. Formulación de objetivos. Definición de políticas y estrategias. Poder, conflicto y negociación. Estructura, funcionamiento y evaluación de las organizaciones de salud.
4. El proceso de la toma de decisiones. Diagnóstico. Informaciones. Estudios de viabilidad. Análisis prospectivo.
5. Planes y proyectos. El marco temporal (mediano y largo plazo). Técnicas gerenciales.
6. Participación. Mecanismos y niveles. Participación de las organizaciones. Participación de la comunidad.
7. Cambio. Cambios en las organizaciones. Cambios en el contexto. Factores de cambio. Promoción del cambio. Adaptación al cambio.

Los puntos que anteceden reflejan los aspectos más destacados que deberían incluirse en el temario, a los que podrían agregarse otras contribuciones adicionales. En virtud de que el perfil del estudiantado no es homogéneo, se estimó que los puntos propuestos deberían revisarse a la luz de la experiencia y los conocimientos previos de los alumnos, del nivel del programa docente y de las características particulares de cada país o región.

### *Metodología para introducir la enseñanza de la administración estratégica*

Se analizaron algunas consideraciones generales que deberían tenerse en cuenta para facilitar la introducción de la enseñanza de la administración estratégica en los programas de administración de salud, a saber:

- Interesar a instituciones, siempre que ello sea posible, con vistas a lograr una integración práctico-teórica.
- Emplear metodologías que favorezcan la independencia de pensamiento y el espíritu crítico.
- Emplear métodos de simulación (juegos y casos).
- Estimular la investigación por parte de los alumnos.
- Aplicar metodologías docentes que permitan al estudiante, siempre que sea posible, permanecer en el servicio, enfatizando los programas de educación continuada.

### *Recomendaciones*

En el Taller se formularon las siguientes recomendaciones con respecto a la evaluación de los programas:

- Evaluar los objetivos del curso.
- Concentrar la evaluación en las actitudes en vez del contenido; en otras palabras, debería observarse la comprensión del contexto y las posibilidades de actuar sobre el mismo.
- Evaluar, siempre que sea posible, el grupo dentro de la organización.
- Encarar la evaluación como un proceso continuo.

Los participantes también formularon las siguientes recomendaciones generales:

- Incentivar las investigaciones sobre el tema.
- Promover la realización de seminarios que permitan el intercambio entre diferentes escuelas y países sobre temas específicos cuya investigación se considere importante.
- Promover la realización de estudios comparativos en América Latina sobre temas relacionados con la administración estratégica.
- Aumentar el intercambio docente en los programas en América Latina.
- Continuar la actualización bibliográfica.

Por último, se recomendó enfáticamente que la OPS constituya y convoque un grupo de trabajo para formular y desarrollar en forma conjunta un proyecto de enseñanza de la administración estratégica, que la Organización intensifique el establecimiento de mecanismos de intercambio de conocimientos y experiencias, y que establezca al mismo tiempo formas de financiamiento que permitan llevar a la práctica el proyecto en el plano internacional.

### *Material bibliográfico*

De acuerdo con la metodología establecida para estos talleres, antes de la reunión se reseñaron más de 200 textos para ser considerados durante las discusiones, seleccionados preferentemente en revistas y periódicos especializados de los países de la región de las Américas.

La investigación bibliográfica estuvo orientada hacia la búsqueda de modelos conceptuales y metodológicos, experiencias docentes y evaluaciones de casos relacionados con las estrategias y tácticas gerenciales que las instituciones del sector de la salud vienen aplicando en la ejecución de planes y programas.

En líneas muy generales, la recopilación bibliográfica reveló que la administración estratégica (“strategic management” o “strategic planning”), que el sector de los negocios privados viene aplicando en los Estados Unidos y Europa desde el decenio de 1960, solo recientemente se ha introducido en las organizaciones de servicios de salud, especialmente en el sector privado de los Estados Unidos. En América Latina, su desarrollo teórico—bastante más reciente—también se ha limitado al ámbito de la empresa privada y en menor medida de la administración pública, si bien su aplicación práctica en ambos sectores no ha experimentado resultados dignos de señalarse.

En cuanto al sector de la salud, se verificó la ausencia del tema de la administración estratégica, tanto en el área de la prestación de servicios como en el de la formación de recursos humanos, no obstante la abundancia de material relacionado con los aspectos gerenciales y administrativos de los servicios de salud.

La revisión bibliográfica efectuada por los participantes fue objeto de un activo e intenso debate, que excedió el propósito inicial del Taller de considerar a la administración estratégica como una *disciplina* a ser agregada a la enseñanza de la administración de la salud. En efecto, la dinámica de las discusiones de grupo y de las sesiones plenarias llevó a un nuevo examen de los conceptos de planificación/administración estratégica, originalmente restringidos a los límites de las organizaciones, pasando a considerarse a la administración estratégica como un nivel de análisis global y final, orientado a la formulación de políticas de contenido social y su implantación a través de las instituciones de salud, en vez de considerarse como un conjunto de instrumentos de readaptación de las organizaciones a los cambios del ambiente.

Este nuevo enfoque teórico-metodológico dio como resultado la “reselección” de una bibliografía que fuera más acorde con el concepto de la planificación

Cuadro 1. Matriz para la selección de textos sobre planificación/administración estratégica.

Enfoque	Aproximación al tema	Aspectos conceptuales, analíticos y metodológicos de la planificación/administración estratégica		Estudios de casos en instituciones de salud (docencia o servicio)	
		General	Aplicada a salud	América Latina	Otros
Microinstitucional (Formulación y ejecución de planes estratégicos en función de los objetivos de la empresa)		I	II	III	IV
Macroinstitucional (Formulación, ejecución, y evaluación de políticas en función de las necesidades sociales)		V	VI	VII	VIII

estratégica como formulación de políticas de salud, dentro del cual están implícitos los aspectos administrativos, gerenciales y de organización.

Dentro de estos lineamientos, los participantes del Taller elaboraron una matriz (véase el cuadro 1) para orientar la selección de textos, que deberá ser completada con las contribuciones de cada país.

### *Bibliografía seleccionada*

A continuación se incluye bibliografía seleccionada de acuerdo con cada cuadrante de la matriz. Finalmente, se agregan algunos títulos de textos y libros que, tal como en el caso anterior, deberán complementarse con la literatura de carácter genérico o específico que surja de las necesidades docentes o experiencias de cada país.

#### *I. Microinstitucional—General*

- Biasca, R. El planeamiento estratégico: la respuesta gerencial a la década del 80. *Revista de Administración de Empresas*, Buenos Aires, 12(135):193-214, 1981.
- Coehn, K. J. Strategy: formulation, implementation, and monitoring. *Journal of Business* 46(3):349-367, 1973.
- Motta, P. R. As dimensões gerenciais do planejamento organizacional estratégico. En: Motta, P. R. y G. R. Caravantes, *Planejamento organizacional: Dimensões sistêmico-gerenciais*. Porto Alegre, Fundação para o Desenvolvimento de Recursos Humanos/FGV, 1979, págs. 121-151.
- Tabatoni, P. y P. Jarniou. A dinâmica das normas na administração estratégica. En: Ansoff, H. I. y cols. *Do planejamento estratégico a administração estratégica*. São Paulo, Atlas, 1981, págs. 42-47.
- Vasconcellos Filho, P. Proposições para a formulação de um plano estratégico. *Revista Fundação João Pinheiro* (Belo Horizonte) 9(1):2-13, 1979.

#### *II. Microinstitucional—Aplicada a la salud*

- Loebs, S. F., J. L. Johnson y R. L. Summers. Ordenación del futuro mediante cambio institucional planificado (Planificación de estrategias). En: Bisbec, Jr., G.C. (ed.). *Administración de la atención primaria rural. Conceptos y casos*. Chicago, Consorcio de Hospitales para la Investigación y la Educación, s/f, págs. 27-40 (mimeografiado).
- McLaughlin, C. P. Strategic planning and control in small health organizations. *Health Care Management Review* 1(1):45-33, Winter 1976.
- Roberts, E. B. y G. B. Hirsch. Strategic modelling for health care managers. *Health Care Management Review*, Winter 1976.

#### *III. Microinstitucional—Estudios de casos-América Latina*

No se sugirieron títulos. El material deberá responder a las necesidades de cada curso y podrá versar sobre situaciones locales.

#### *IV. Microinstitucional—Estudios de casos en otros países y regiones*

- Bander, K. W. Strategic planning: reality versus literature. *Hospital and Health Services Administration* (Chicago), 25 (Special issue 1): 7-22, 1980.

- Goldsmith, S. B. Strategic Planning. *Health Care Management: A Contemporary Perspective* (Capítulo 12). Rockville, Md., Aspen Systems Corporation, 1981.
- Wegmiller, D. C. From a hospital to a health care system: a case example. *Health Care Management Review*, Winter 1978.

V. *Macroinstitucional—General*

- Campos, A. M. Um novo modelo de planejamento para uma estratégia de desenvolvimento. *Revista de Administração Pública* (Rio de Janeiro) 14(3):27-45, 1980.
- Giordani, J. y cols. La planificación posible en la perspectiva política de América Latina. *Cuadernos de la Sociedad Venezolana de Planificación*, 1981, págs. 14-77.
- Horvath, L. y L. Zelkó. Modelos de planejamento estratégico na Hungría. En: Ansoff, H. I. y cols. *Do planejamento estratégico à administração estratégica*. São Paulo, Atlas, 1981, págs. 149-156.
- Matus, C. *Planificación de situaciones*. CENDES/Universidad Central de Venezuela, Caracas, 1977.
- Motta, P. R. Planejamento estratégico em organizações sem fins lucrativos: considerações sobre dificuldades gerenciais. *Revista de Administração Pública* (Rio de Janeiro) 13(3):7-21, 1979.

VI. *Macroinstitucional—Aplicada a la salud*

- Adizes, I. y P. Zukin. A management approach to health planning in developing countries. *Health Care Management Review* 2:19-28, Winter, 1977.
- OPS/Centro Panamericano de Planificación de Salud, *Formulación de Políticas de Salud*. Santiago, Chile, 1975.
- OPS. Análisis gerencial de los sistemas de salud. Discusiones Técnicas, Washington, D.C., Doc. CSP/DT/1, Rev. 1, septiembre-octubre de 1982 (mimeografiado).
- Peña Mohr, J. *Administración para el desarrollo de la salud—búsqueda de alternativas de relevancia*. Cuadernos de Administración, (OPS/Fundación W.K. Kellogg). Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 40, Washington, D. C., 1982.
- Testa, M. *Planificación estratégica en el sector salud*. Caracas, CENDES/Universidad Central de Venezuela, 1981 (mimeografiado).

VII. *Macroinstitucional—Estudios de casos—América Latina*

No se sugirieron títulos. Se recomienda incorporar material en cada país en que se dicten cursos.

VIII. *Macroinstitucional—Estudios de casos—Otros países o regiones*

No se sugirieron títulos.

Los participantes del Taller recomendaron también las siguientes publicaciones que, como ya se mencionó, deberán complementarse con material adicional.

*Area empresarial*

- Ansoff, I. H., R. O. Declerck y R. L. Hayes. *Do planejamento estratégico à administração estratégica*. São Paulo, Atlas, 1981.
- Motta, P. R. y G. R. Caravantes. *Planejamento organizacional: dimensões sistêmico-gerenciais*. Porto Alegre, Fundación Getulio Vargas, 1979.



*Area de formulación de políticas públicas*

Dror, Y. "Public Policy-making Re-examined", Chandler, 1968.

Matus, C. *Estrategia y plan*, (2a. ed.), México, Siglo XXI, 1978.

*Area de política de salud*

Testa, M. (coordinador), *Estructura de poder en el sector salud*, CENDES/Universidad Central de Venezuela, Caracas, 1981 (mimeografiado).

*Participantes en el Taller*

Amelia Fernández de Nardelli Pinto, Facultad de Contaduría y Administración, División de Estudios de Posgrado, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Angelica Maria Marques de Sa, Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Provisión Social, Rio de Janeiro, Brasil.

Ana Maria Malik, PROAHSA, Fundación Getulio Vargas, São Paulo, Brasil.

Benedictus Philadelpho de Siqueira, Facultad de Medicina, Universidad Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

Bernardo Ramírez, Coordinación de los Servicios de Salud, México, D.F., México.

Carlos Cordero, Instituto Centroamericano de Administración Pública, San José, Costa Rica.

Dalton Mario Hamilton, Escuela Nacional de Salud Pública, Rio de Janeiro, Brasil.

Eduardo Levcovitz, Instituto de Medicina Social de la Universidad Estatal de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Eugenio Gimeno Balaguer, Escuela de Salud Pública, Buenos Aires, Argentina.

Félix Héctor Rigoli Cáceres, División de Recursos Humanos, Ministerio de Salud Pública, Montevideo, Uruguay.

Héctor Zuluaga Tobón, Escuela Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colombia.

Ignacio Pérez Salgado, DAD/TCD-CH-5114, Naciones Unidas, Nueva York, N.Y.

João Yunes, Instituto Infantil, Universidad de São Paulo, Brasil.

Jorge Barenstein, Centro de Investigación y Docencia Económica, México, D.F.

Jorge Agenor Alvarez da Silva, Ministerio de Salud, Brasília, Brasil.

Jose Carvalho de Noronha, Instituto de Medicina Social, Universidad Estatal de Rio de Janeiro, Brasil.

Nelly Garzón Alarcón, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Paulo Reis Vielra, Escuela de Administración Pública, Fundación Getulio Vargas, Rio de Janeiro, Brasil.

Paulo Roberto Motta, Escuela de Administración Pública, Fundación Getulio Vargas, Rio de Janeiro, Brasil.

Lourdes de Freitas Carvalho, Facultad de Salud Pública, Universidad de São Paulo, Brasil.

Marcos Rodrigues Leão, Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Provisión Social, Rio de Janeiro, Brasil.

Maria Eliana Labra, Escuela Nacional de Salud Pública, Fundación Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Mario Hinojosa Martínez, Ministerio de Salud Pública, Santiago, Chile.

Miren Sonia Araiz Moulán, Ministerio de Salud, Secretaría Nacional de Actividades Básicas de Salud, División Nacional de Organización de Servicios de Salud, Brasília, Brasil.

Nancy Peña de Bisono, PROASA, Universidad Católica Madre y Maestra, Santiago, República Dominicana.

Regina Maria Lott Coutinho Dutra, Ministerio de Salud, Brasília, Brasil.

Rodolfo González Enders, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

Sergio Arouca, Escuela Nacional de Salud Pública, Rio de Janeiro, Brasil.

Susana Esther Badino, Escuela Brasileña de Administración Pública, Fundación Getulio Vargas, Rio de Janeiro, Brasil.

Willy de Geyndt, Banco Mundial, Washington, D.C., E.U.A.

*Organización Panamericana de la Salud*

Humberto de Moraes Novaes, Asesor Regional en Educación en Administración de Salud, Washington, D.C.

Jorge Peña Mohr, Asesor Regional en Administración Institucional, Washington, D.C.

Francisco Salazar, Area V, OPS, Brasília, Brasil.

## Noticias

---

---

### NUEVO SUBDIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA



El Dr. Ramón Alvarez-Gutiérrez, de nacionalidad mexicana, ha sido designado Subdirector de la Oficina Sanitaria Panamericana a partir del 1 de marzo de 1983.

El Dr. Alvarez-Gutiérrez se graduó de Médico Cirujano en la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México y obtuvo su Maestría en Salud Pública en la Universidad Johns Hopkins, Estados Unidos de América.

El Dr. Alvarez-Gutiérrez posee una vasta experiencia profesional obtenida en su país de origen, así como en otros países de América Latina. En 1971 se incorporó a la OPS como Representante de País en Colombia, y en 1974 asumió funciones de Jefe de la Zona I con sede en Caracas, Venezuela. Ha servido además como asesor de la OPS en la elaboración del Plan Nacional de Salud en El Salvador y Nicaragua, en la elaboración del Programa de Salud de la Gran Urbe en Colombia y en el Programa de Nutrición de la OMS en Suiza.

El Dr. Alvarez-Gutiérrez ha participado como experto en diversas reuniones de los grupos asesores de la OPS/OMS, y como representante en diferentes reuniones de cuerpos directivos de organismos internacionales.

Pertenece, entre otras, a sociedades científicas tales como la Academia Nacional de Medicina; la Sociedad Mexicana de Salud Pública; la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud; y la Sociedad Delta Omega, Universidad Johns Hopkins. Ha publicado 23 producciones científicas y presentado 28. En 1973, recibió la Condecoración "Jorge Bejarano" al Mérito Sanitario otorgado por el Gobierno de Colombia y en 1981, la Sociedad Mexicana de Salud Pública le otorgó la Medalla al Mérito Sanitario.

### PREMIO ABRAHAM HORWITZ EN SALUD INTERAMERICANA OTORGADO A EDUCADORA COLOMBIANA

La Dra. Inés Durana, quien por muchos años se ha dedicado con verdadera devoción al mejoramiento de la salud de la población del mundo—recibió el Premio Abraham Horwitz de 1982 en una ceremonia que tuvo lugar el 27 de sep-

tiembre en Washington, D.C., durante la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana.

El premio, que se otorga cada año desde 1978, se estableció en honor del Dr. Abraham Horwitz, Director Emérito de la Oficina Sanitaria Panamericana, para dar reconocimiento público a una labor científica y pedagógica de una o varias personas en el amplio campo de la salud. Es administrado por la Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF), institución sin fines de lucro que tiene estrechas relaciones con la OPS.

Como dijo el Dr. Abel Wolman, Presidente de PAHEF, en la ceremonia, la Dra. Durana ha sido una líder en el campo de la enfermería y nunca ha cesado de dedicar su talento a la capacitación de los demás y a la aplicación de sus conocimientos a la enfermería. En los últimos 25 años, ha sido Profesora Asistente y Decana de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia; Profesora Asociada y Jefa del Departamento de Enfermería de la Universidad del Valle; Profesora Visitante en la Universidad de Bangkok, Tailandia y en la Universidad de Zaire, en calidad de asesora de la Fundación Rockefeller; actualmente es Subdirectora del Programa de Atención Primaria de Salud en Colombia. Asimismo, ha participado en innumerables conferencias, seminarios y reuniones en América Latina, Estados Unidos, Canadá, África, Asia y Europa. La lista de sus publicaciones es larga; la más reciente (publicada originalmente en inglés por la Fundación Rockefeller) acaba de ser publicada por la OPS en español con el



**La Dra. Inés Durana en momentos en que recibía el Premio Abraham Horwitz de manos del Dr. Gabriel García de Paredes.**

título de *Estrategias de enseñanza-aprendizaje en la atención primaria de salud* (Publicación Científica No. 433, 1982).

Después de recibir el premio de manos del Dr. Gaspar García de Paredes, Presidente de la Conferencia Sanitaria Panamericana, la Dra. Durana se expresó en los siguientes términos:

“Considero de inmenso valor esta distinción del Premio Abraham Horwitz, que ahora me otorga la Fundación Panamericana de la Salud y Educación. No esperaba un honor de esta naturaleza y lo acepto agradecida como un aliciente en la búsqueda de opciones para dar salud a los grupos humanos marginados, que apenas inician su verdadero desarrollo. Al mismo tiempo, considero este premio como un estímulo a la mujer y a la enfermera, con quienes he compartido mi trabajo profesional durante mi experiencia de atención primaria en regiones como Tailandia, Asia, o Zaire, en Africa central y más recientemente en Colombia, en zonas rurales apartadas y carentes de los más esenciales recursos de salud, en la Amazonia, en Chocó y Urabá. Todas estas experiencias han sido para mí altamente aleccionadoras, y por ello, hoy y desde aquí expreso a todos, hombres y mujeres que, como yo, se han consagrado a trabajar por la salud pública, un caluroso reconocimiento, que quiero hacer extensivo a todas las personas de aquellas comunidades que con generoso altruismo y espíritu cívico estuvieron interesadas en la solución de sus problemas técnicos y humanos.

He seleccionado el tema de la atención primaria en salud para el trabajo que presentaré seguidamente por considerarlo de vital importancia para nuestra América y porque mientras más se profundiza en él, más controversias académicas e ideológicas despierta y hay todavía mucho camino por andar antes de llegar a establecer estrategias aceptables y prácticas. Por otra parte, considero que el marco de la Conferencia Sanitaria Panamericana es el más propicio para referirme a un aspecto específico de la atención primaria de salud que quizá ha despertado más mi atención desde los inicios de este movimiento mundial; me refiero a la equidad en la prestación de servicios de salud”. (Véase en la sección de Reseñas de este número el texto del trabajo de la Dra. Durana.)

#### IV CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGIA DERMATOLOGICA

En Granada, España, se celebrará del 2 al 5 de octubre de 1983 este Congreso, organizado por la Sociedad Internacional de Cirugía Dermatológica y el Departamento de Dermatología Médico-Quirúrgica de la Universidad de Granada.

El programa constará de sesiones de trabajo sobre: suturas (complicaciones, prevenciones y terapéutica), gemas quirúrgicas, colgajos e injertos, conceptos generales en melanomas, y tratamiento quirúrgico del cáncer de piel. Asimismo, habrá simposios sobre: histogénesis de los tumores, silicona y colágeno, cirugía de la uña, trasplante de pelo, cirugía básica, electrocirugía, criocirugía, quimio-cirugía, LASER, quemaduras, y colgajos e injertos.

La Sociedad Internacional de Cirugía Dermatológica se fundó en 1978, en respuesta a la necesidad de proporcionar un foro mundial para los dermatólogos que efectúan tratamiento operatorio a sus pacientes, con objeto de facilitar su relación científica, profesional y mejorar los programas quirúrgicos formativos.

Sus reuniones se celebran anualmente y asisten especialistas de más de 40

países. El desarrollo de nuevas técnicas, investigación y estadística son esenciales para lograr procedimientos más eficaces en dermatología. Con este fin, las reuniones se organizan para que alcancen máximo provecho, tanto los dermatólogos que se inician en la especialidad, como los que llevan mucho tiempo de ejercicio. Los anteriores Congresos (en Lisboa, París y Viena) alcanzaron gran éxito.

La Sede del Congreso será el Auditorio Manuel de Falla (Recinto de la Alhambra).

Para más información, diríjase a: Secretario General: Dr. Vicente Delgado Florencio, Organización Técnica de Exposiciones y Congresos, S. A., Recogidas, 21-1º. Granada, España. Tel.: 958/26 06 53.

## X CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL

Del 27 de septiembre al 1 de octubre de 1983 tendrá lugar este Congreso en Heidelberg/Mannheim, República Federal de Alemania, auspiciado por la Federación Internacional de Higiene Preventiva y Medicina Social. El Congreso se celebrará junto con la 19ª Asamblea Científica de la Sociedad Alemana de Medicina Social y el tema general del mismo será: aspectos preventivos y sociales de la atención primaria de salud.

En las sesiones plenarias se tratarán las siguientes materias: nuevos enfoques de la educación médica, contribución de la epidemiología a la atención primaria de salud, factores psicosociales en salud ambiental, cooperación de diferentes profesiones y personal no médico, y salud mental en la atención primaria de salud. Habrá mesas redondas sobre: quimioprofilaxis de enfermedades infecciosas y no infecciosas en medicina preventiva, control de la tensión arterial en la población en general, medicamentos o dieta en la diabetes mellitus, vigilancia e indicadores de salud, rehabilitación de casos de enfermedades crónicas, y prevención primaria en la comunidad.

Los interesados pueden dirigirse a: Dr. U. Laaser, Secretario General., P. O. Box 10 14 09, D-6900 Heidelberg 1, República Federal de Alemania.

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

### *Programa Integrado de Gerencia Destinado a Ejecutivos Extranjeros*

Este programa se ofrecerá del 17 de mayo al 23 de junio de 1983 en la Escuela Nacional de Administración Pública, Québec, Canadá, la cual se encarga de la formación y el adiestramiento de ejecutivos de la administración pública.

El programa contribuirá a asegurar la adquisición de conocimientos funda-

mentales y competencias consideradas importantes para desempeñar con éxito funciones superiores en gerencia pública.

El contenido del programa es el siguiente:

- I. Introducción al entorno socioeconómico y político en el que vivirá el participante durante su estancia.
- II. Conocimientos y capacidades que se requieren del gerente:
  - temas relacionados con el medio del gerente y sus características, marco de análisis de su organización, características del entorno legislativo, social y económico de su organización y sus impactos;
  - temas relacionados con la concepción y la práctica de la gerencia;
  - gerencia de las relaciones con el medio externo de la organización;
  - funciones de la gerencia;
  - gestión de los recursos humanos, materiales y económicos de la organización para poder alcanzar los objetivos deseados;
  - gestión de la información e información de gestión; instrumentos del gerente;
  - temas relacionados con el papel de formador inherente al puesto de gerente: marco conceptual sobre el papel del gerente-formador, aprendizaje en el adulto, razón de ser de la formación y del adiestramiento, planificación, realización y evaluación de una actividad de adiestramiento;
  - títulos y cualidades personales del gerente, sus obligaciones y responsabilidades.

Este programa va dirigido a los prácticos y no a los teóricos de la gerencia. Las estrategias de participación serán consideradas con un enfoque de aplicación práctica de las funciones mayores de los administradores. Los trabajos realizados dentro del programa deberán permitir a los administradores analizar e incrementar su grado de eficiencia y eficacia.

Un tutor estará al cargo de cada participante y tendrá la misión de ayudarle a precisar sus necesidades específicas, a preparar su plan y sus objetivos individuales, a replantear sus problemas académicos y a evaluar sus progresos.

Un día por semana será de pasantía para permitir a los participantes visualizar la práctica.

Los interesados deben dirigirse a: Madame Juliette Bruneau, Ecole nationale d'administration publique, Direction générale, 945, Avenue Wolfe, Sainte-Foy, Québec, Canada G1V 3J9.

#### *Cursos de administración de salud en Brasil (PROASA/Rio)*

*Curso Internacional sobre Política y Administración de Salud para la América Latina y el Caribe.* El curso se realizó en la Escuela Brasileña de Salud Pública/Fundación Getulio Vargas (EBAP/FGV) del 27 de septiembre al 3 de diciembre de 1982. Se desarrolló en cinco módulos: formulación y evaluación de políticas sociales y sectoriales en la región, planificación de sistemas de atención de salud, financiamiento sectorial, administración de salud y política y administración de salud. Contó con 22 participantes de ocho países (Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Honduras, México, Perú y Uruguay). El curso fue auspiciado por la Fun-

dación Kellogg y la OPS y contó con la cooperación técnica de la Escuela Nacional de Salud Pública/Fundación Instituto Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). El curso tuvo una duración de 10 semanas y un total de 360 horas (a tiempo completo).

*Curso de Especialización en Administración Pública para el Sector Salud.* Este curso surgió de experiencias previas llevadas a cabo por PROASA después de su participación en el Curso Intensivo de Posgrado en Administración Pública de la EBAP/FGV y de su colaboración en el Curso de Salud Pública del Estado de Alagoas, patrocinado por la ENSP/FIOCRUZ), la Secretaría de Salud y Servicio Social de ese estado y otras instituciones docentes y de salud.

El programa del curso es el siguiente:

*Ciclo Básico* (cinco disciplinas obligatorias)

Política y administración de salud

Planificación y programación de salud

Planificación organizacional integrada

Organización de sistemas de salud

Decisión e información gerencial

*Ciclo de Electivas* (optar por tres disciplinas)

Se podrán ofrecer, entre otras, las siguientes:

Trabajo y salud

Desarrollo de recursos humanos

Administración de recursos financieros

Administración de hospitales

Métodos y técnicas de administración

Sistemas de información en salud

Los interesados deben dirigirse a: Secretaría de PROASA-EBAP/FGV, Avenida Praia do Botafogo, 190 sala 527 - CEP 22253, Rio de Janeiro, Brasil.

#### *Curso de Administración para Ejecutivos de Salud en Chile*

La Escuela de Administración de la Pontificia Universidad Católica de Chile ofrece este curso, dirigido a aquellas personas que estén desempeñando o estén próximos a asumir funciones ejecutivas en instituciones de salud.

El objetivo de este curso es ofrecer conocimientos sobre las disciplinas que requiere una administración eficiente de un hospital o servicio de salud. A la vez permite desarrollar las habilidades necesarias para identificar e integrar variables importantes de modo de aplicar dicho conocimiento de manera efectiva en el proceso de toma de decisiones.

El programa comprende:

Economía (micro y macroeconomía de salud)

Control de gestión (financiera, costos y adquisiciones)

Administración financiera

Comportamiento y desarrollo organizacional

Administración de recursos humanos

Estructura y organización de los sistemas de salud



Para obtener más información diríjase a: Sede del Programa ESAE, Pontificia Universidad Católica de Chile, Casa Central, Alameda 340, 4° piso, Santiago, Chile.

### *Actividades del PASCCAP en Centro América*

*Taller sobre la salud para todos.* El Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria de Centro América y Panamá (PASCCAP) ofreció del 9 al 20 de noviembre de 1982 en El Salvador un taller para la capacitación de funcionarios de salud en aspectos de la meta de salud para todos en el año 2000. Formó parte de la segunda fase del proceso iniciado por PASCCAP en 1981 por el cual el personal ya capacitado (multiplicadores) en este campo ofrece el curso, en el que se trató sobre la meta, la estrategia de atención primaria, y una alternativa metodológica para la formación de personal de campo en sus regiones respectivas. Participaron en el taller 30 funcionarios de los servicios de salud de las regiones sanitarias de El Salvador y del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Se contó con el apoyo técnico de la Representación de la OPS en el país, del Ministerio de Educación, de la AID (EUA) y del PASCCAP.

*Curso sobre Metodología de la Investigación en Salud.* Este curso fue realizado del 19 al 29 de octubre de 1982 por el Departamento de Adiestramiento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud de El Salvador y PASCCAP. Tuvo el propósito de capacitar personal de servicio y de docencia de dicho Ministerio en materia de investigación en salud, dentro de los lineamientos del Plan de Acción, y con el objeto de promover la investigación como instrumento de trabajo en los procesos que llevan a la toma de decisiones operativas en los servicios y en la capacitación de personal.

*Taller sobre Recursos Humanos en Honduras.* El grupo de multiplicadores nacionales que se adiestró en los cursos centroamericanos sobre salud para todos realizados en 1981, optó por iniciar las actividades nacionales de capacitación buscando modalidades para la puesta en marcha de los distintos componentes estratégicos del Plan de Acción, y se decidió comenzar este trabajo por el componente de desarrollo de recursos humanos. El taller reunió, por primera vez en el país, a la Universidad, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Hondureño de Seguridad Social, el Consejo de Planificación Económica, los colegios profesionales del área de salud y las facultades universitarias del mismo campo. En la sesión final participaron los titulares de esas entidades, los cuales ofrecieron su respaldo a las propuestas formuladas durante el taller en relación con políticas y planificación de recursos humanos, medidas a tomar para revisar la capacitación y la utilización que se hace de esos recursos en la actualidad. Además, como producto del taller, se creó el Consejo Nacional de Recursos Humanos para Salud, y se decidió realizar durante 1983, pequeños talleres de trabajo sobre objetivos muy específicos, tendientes a proveer a las instituciones mencionadas de instrumentos operativos para traducir en realidades las recomendaciones surgidas a

nivel internacional alrededor de la meta para el año 2000, dentro del componente de recursos humanos. Dichas acciones contarán con el respaldo y el pleno apoyo de la Representación de la OPS en Honduras y del PASCCAP.

#### *Donación para la República Dominicana*

La Universidad Católica Madre y Maestra de Santiago de los Caballeros, ha recibido una importante donación de la AID (EUA) para el desarrollo de su Escuela en Administración. El proyecto será asesorado por la Universidad de Indiana con el apoyo de la Universidad de Carolina del Sur. La Escuela de Administración mantiene un Programa de Administración de Salud (PROASA) desde 1982.

#### *Seminario sobre Educación Médica y Servicios de Salud en Venezuela*

El seminario fue ofrecido por la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina (FEPAFEM) en Caracas. Se analizaron en él los programas realizados o propuestos por la Federación, catalogados bajo los epígrafes de: educación médica y escuelas de medicina, educación médica y servicios de salud, y mecanismos de comunicación institucional. En el *primer grupo* se incluyeron los siguientes programas: desarrollo de estándares para las escuelas de medicina; desarrollo de estándares para la educación médica de posgrado; investigación en educación médica; docencia de epidemiología para profesores de áreas clínicas en América Latina y el Caribe, y programa de capacitación de administradores de escuelas de medicina. En el *segundo grupo* quedaron incluidos el programa de medicina general/familiar; el programa analítico sobre la alta oferta y mala distribución del recurso humano médico y, el de educación médica y seguridad social. El *tercer grupo* incluyó: Fondo Editorial, FEPAFEM; el *Director/Guía de Escuelas de Medicina*; el *Boletín* y *FEPAFEM-informa*.

\* \* \*

Las instituciones y personas interesadas en divulgar noticias o informaciones sobre temas de educación en administración de servicios de salud pueden dirigirse a: Programa de Personal de Salud (No. 607), Oficina Sanitaria Panamericana, 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, E.U.A.

## Libros

---

---

### PUBLICACIONES DE LA OPS<sup>1</sup>

**El control de las enfermedades transmisibles en el hombre**, decimotercera edición (1980), A.S. Benenson, Ed. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 442, 1983. 518 págs. US\$10.00 ISBN 92 75 31442 X

Se trata de la traducción del original en inglés publicado por la Asociación Americana de Salud Pública.

La inmensa mayoría de las enfermedades humanas y animales de causa conocida en América Latina y el Caribe son producidas por agentes biológicos: bacterias, virus, rickettsias, micoplasmas, hongos, protozoos y nematodos. Los desarrollos y avances en la ingeniería sanitaria, en el control de vectores, en las técnicas de vacunación y en las quimioterapias específicas, han modificado la situación favorablemente. Sin embargo, la importancia de las enfermedades transmisibles en la práctica de médicos, enfermeras, técnicos y de auxiliares del equipo de salud persiste debido a su enorme frecuencia, a la contagiosidad de muchas de ellas, y a las implicaciones que tienen para la salud pública e individual.

La obra *El control de las enfermedades transmisibles en el hombre* es la decimotercera edición (1980) de un esfuerzo muy laudable y eficiente de la Asociación Americana de Salud Pública iniciado en 1917, para actualizar información necesaria sobre identificación y ocurrencia, agente infeccioso, reservorio, modo de transmisión, período de incubación, período de transmisibilidad, susceptibilidad y resistencia, y métodos de control de enfermedades transmisibles cuya incidencia y prevalencia es variable en los 37 países de la Región de las Américas.

Su editor, el Dr. Abram Benenson—prestigioso ex profesor del Departamento de Medicina Comunitaria de la Universidad de Kentucky, quien en la actualidad ocupa el cargo de Director del Laboratorio Gorgas Memorial en Miami—obtuvo la contribución de otros 29 expertos de centros médicos e institutos de servicios e investigación de los Estados Unidos y Canadá; además contó con la activa parti-

---

<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.

cipación de la Organización Panamericana de la Salud en Washington, D. C. y la Organización Mundial de la Salud en Ginebra. La obra se convierte así en un modelo de cooperación técnica internacional.

El libro está estructurado en forma de manual sobre el "qué" (diagnóstico) y el "cómo" (manejo) de 168 enfermedades transmisibles ordenadas en forma alfabética, desde la "actinomicosis" hasta la "yersiniosis", con un estilo claro, conciso, interesante y fácil de leer.

Esta nueva edición, aunque ha conservado los mismos objetivos, diseño y formato de la anterior, introduce nueve capítulos nuevos: sobre anisakiasis, babesiosis, botulismo del lactante, dermatitis postulosa contagiosa, fascioliasis, enfermedad vírica de Ebola-Marburg, legionelosis, enfermedad de Lyme, e infecciones del sistema nervioso central por virus lento. También presenta los cambios en los nombres de las enfermedades y los números asignados a cada enfermedad por la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS.

La obra incluye un glosario con definiciones técnicas de 48 términos claves utilizados en infectología y epidemiología, de gran valor práctico. Termina con un índice alfabético de materias muy completo, con referencias cruzadas.

El libro no tiene referencias citadas en el texto, ni bibliografía general. Este hecho constituye el aspecto débil de la obra, aun cuando ello se explica por su carácter de manual eminentemente práctico.

¿Quiénes deberían disponer de esta obra a la mano para consulta fácil y expedita? El texto asume que el lector está familiarizado con la nomenclatura y, por lo tanto, es de gran utilidad para actualización de médicos generales, médicos pediatras, enfermeras, epidemiólogos, médicos veterinarios, otros profesionales especialistas en las diversas disciplinas de la salud pública, técnicos de nivel medio y auxiliares de atención primaria de salud. Asimismo, es una obra de inmensa utilidad para estudiantes de medicina, enfermería, de disciplinas de la salud pública con información y comprensión básicas de microbiología, epidemiología, patología y clínica.

En síntesis, este manual satisface exactamente la necesidad urgente de proveer información clara, breve y completa al estudiante de ciencias de la salud y al profesional, al técnico y al auxiliar sobre qué es "básico" y sobre qué es "nuevo" en relación con el diagnóstico de una enfermedad infectocontagiosa específica, el tratamiento correspondiente y el manejo de pacientes individuales o de poblaciones, de manera que estas enfermedades no se diseminen.

Este importante volumen se encuentra disponible para profesionales y técnicos a través de la Serie Científica de la OPS, y para los alumnos de las diversas escuelas de las ciencias de la salud a través del Programa Ampliado de Libros de Texto de la OPS.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup>Reseña preparada por el Dr. Manuel A. Bobenrieth, Jefe, Oficina de Publicaciones Biomédicas y de Salud, OPS, Washington, D. C.

**Manual de Resoluciones de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud, Volumen II**, segunda edición. Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud, Documento Oficial No. 191, 1983. 268 págs. ISBN 92 75 37191 1

Esta nueva edición del Manual pone al día la edición de 1979 a la que sustituye, y abarca las reuniones de la Conferencia Sanitaria Panamericana, del Consejo Directivo y del Comité Ejecutivo celebradas de 1971 a 1982. Por lo tanto, incluye las resoluciones adoptadas por los Cuerpos Directivos de la OPS en las reuniones siguientes: XIX, XX y XXI Conferencia Sanitaria Panamericana; XX a XXVIII Reunión del Consejo Directivo, y 66<sup>a</sup> a 89<sup>a</sup> Reunión del Comité Ejecutivo.

En esta edición se han introducido cambios importantes en la nomenclatura y en el ordenamiento de las secciones y subsecciones, aunque el plan general del libro es el mismo.

La primera parte del Manual (programa) abarca las siguientes secciones: normas generales, prevención y control de enfermedades transmisibles, prevención y control de enfermedades no transmisibles, tecnología de diagnóstico, de tratamiento y de rehabilitación, fomento y promoción de la salud ambiental, desarrollo de los sistemas de salud, protección y promoción de la salud en general, protección y promoción de la salud de determinados grupos de población, formación de personal de salud, promoción y coordinación de las investigaciones, centros regionales, información sobre salud, suministros y equipo. Las otras partes incluyen las resoluciones correspondientes a los siguientes títulos: programa y presupuesto, Cuerpos Directivos de la OPS, la OPS y a la OMS, asuntos constitucionales y jurídicos, la cooperación con otras organizaciones, asuntos financieros y administrativos, oficinas de área y de campo y asuntos diversos.

Además del índice alfabético, se incluye un índice numérico de resoluciones, con indicación de la reunión en que cada una fue aprobada.

Este valioso Volumen II, junto con el Volumen I, publicado en 1971, presentan todas las resoluciones que sirven de base a los Gobiernos Miembros y a la Organización Panamericana de la Salud para llevar adelante sus programas prioritarios de salud en beneficio del bienestar de los habitantes de la Región de las Américas.

## INFORMACION A LOS AUTORES

*Educación médica y salud* gustosamente considerará para su publicación:

a) Artículos sobre educación y adiestramiento de personal para la salud en su concepto más amplio, especialmente los relacionados con planificación, desarrollo y evaluación de programas de enseñanza, nuevos métodos educativos e investigación en educación médica y desarrollo de recursos humanos para la salud. En lo posible, no deberán exceder de 3,000 palabras y habrán de venir acompañados de un resumen breve. Las referencias bibliográficas

deben adherirse a las normas del *Index Medicus* y ser presentadas, en hoja aparte, en el orden en el cual aparecen citadas en el texto. Los cuadros, gráficas y diagramas deben venir en hoja separada.

b) Noticias breves de interés para los educadores médicos a nivel internacional.

c) Reseñas de libros y artículos de particular importancia en el campo de la educación médica.

Los textos deben venir mecanografiados a doble espacio y con margen amplio a ambos lados y pueden ser escritos en español, inglés, portugués o francés.

El cuerpo editorial de la revista seleccionará los artículos que considere apropiados para ser publicados y, cuando sea pertinente, tomará a su cargo la traducción al español y las modificaciones editoriales. Consultará con el autor las modificaciones que impliquen cambios de fondo y, en lo posible, le comunicará la aceptación de su trabajo y la fecha probable de publicación. En ningún caso se devolverán los manuscritos originales.

Los autores de artículos publicados recibirán, gratuitamente, 50 reimpresos y podrán solicitar un número adicional según condiciones que serán convenidas para cada caso en particular.

---

## NOTICE TO AUTHORS

*Educación médica y salud* will be pleased to consider for publication:

a) Articles on education and training of health personnel in the broadest sense, particularly with regard to the planning, implementation and evaluation of teaching programs, new educational techniques and research in medical education, and the development of human resources for health. As far as possible, the articles should be limited to 3,000 words and the author should enclose a short summary. Bibliographical references should adhere to

*Index Medicus* standards and should be submitted on a separate page in the order in which they appear in the text. Illustrations, tables and diagrams should also appear on a separate page.

b) Short news items of interest to medical educators at the international level.

c) Review of books and articles of particular importance to medical education.

The text should be typewritten, double spaced, and have an ample margin on both sides; it may be written in English, Spanish, Portuguese or French.

The editorial staff will select those articles which it considers suitable for publication and, where appropriate, will assume responsibility for translation into Spanish, or for any editorial changes. The staff in question will consult any substantive changes with the author and, as far as possible, inform him of the acceptance of his contribution and its probable publication date. In no case can the original manuscript be returned to the author.

The author of any published article will receive 50 reprints free of charge and may request additional numbers which will be furnished in accordance with conditions to be agreed on in each particular case.

# 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.

<b>GOBIERNOS MIEMBROS DE LA OPS</b>	Antigua y Barbuda Argentina Bahamas Barbados Belice Bolivia Brasil Canadá Colombia	Costa Rica Cuba Chile Dominica Ecuador El Salvador Estados Unidos de América Grenada	Guatemala Guyana Haití Honduras Jamaica México Nicaragua Panamá Paraguay	Perú República Dominicana San 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 <b>Dr. Carlyle Guerra de Macedo</b>	Director Adjunto <b>Dr. S. Paul Ehrlich (h.)</b>	Subdirector <b>Dr. Ramón Alvarez Gutiérrez</b>
---	---	---

### 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 Brasília, 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

<b>Oficina de Campo</b>	509 U.S. Court House El Paso, Texas, E.U.A.	<b>Caribe</b>	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: PRINCIPIOS BASICOS Y OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE PERSONAL DE SALUD DE LA OPS—JOSE ROBERTO FERREIRA**

**LA CAPACITACION DEL MEDICO CIRUJANO SEGUN UN MODELO EPIDEMIOLOGICO**

**CIENCIA Y ARTE EN LA DIRECCION DE TESIS DE GRADO**

**O ENFERMEIRO NO SEU "ESPAÇO"**

**ANTECEDENTES PARA LA ENSEÑANZA DE NUTRICION EN EL SISTEMA ESCOLAR CHILENO**

**UNA NUEVA CONCEPCION PARA LA FORMACION DE RECURSOS HUMANOS ODONTOLOGICOS**

**DIA MUNDIAL DE LA SALUD 7 DE ABRIL DE 1983: SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000: LA CUENTA ATRAS HA COMENZADO**

**EL CONCEPTO DE EQUIDAD EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD**

**CARDIOPULMONARY RESUSCITATION GRADUATE EDUCATION IN DEVELOPING COUNTRIES**

**NATURALEZA Y PROPOSITOS DE LAS MONOGRAFIAS EN EL CAMPO DE LA SALUD**

**TALLER SOBRE LA ENSEÑANZA DE LA ADMINISTRACION ESTRATEGICA EN CURSOS DE ADMINISTRACION DE SALUD**

**NOTICIAS**

**LIBROS**

