

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 3
1983

Artículos

- 227 Programa de enseñanza de medicina general integral: conceptualización y estrategias para su evaluación—*Manuel Ruiz de Chávez, Javier Islas, José Calva, Ignacio Villaseñor, Isidro Avila y Carlos MacGregor* 5
- 243 Perfil y arraigo del médico en el medio rural en México—*Dr. Rolando Collado Ardón* 5
- 263 Salud animal y atención primaria de salud—*Manuel Moro* 6
- 275 Trabajos de extensión y prestación de servicios en las escuelas de medicina veterinaria—*Juan Garza* 5
- 296 Algunos problemas de la formación del personal de enfermería y técnicos de la salud y evaluación del desempeño—*Boris Kleindorf y Lilia Chirino* 6
- 314 Universidade e mudança—*Bertoldo Kruse Grande de Arruda* 5

Reseñas

- 326 El reto de la medicina familiar en las Américas—*Julio Ceitlín* 12 5
- 333 Seminario Latinoamericano de Educación Veterinaria y Atención Primaria de Salud
- 339 Grupo Consultor sobre Enfermedades de Transmisión Sexual

Noticias

- 343 Conferencia Internacional sobre la Salud para Todos
- 344 Reunión de un Grupo Consultor sobre Educación en Enfermería
- 345 XI Congreso Internacional de Medicina Tropical y Malaria
- 345 Programa de Especialista Clínica en Enfermería Neurológica Médico-Quirúrgica
- 346 Noticias de Educación en Administración de Servicios de Salud (Programa OPS/Kellogg)

Libros

- 354 Publicaciones de la OPS y de la OMS

*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.

Programa de enseñanza de medicina general integral: conceptualización y estrategias para su evaluación

MANUEL RUIZ DE CHAVEZ,¹ JAVIER ISLAS,² JOSE CALVA,³
IGNACIO VILLASEÑOR,³ ISIDRO AVILA³ Y CARLOS MACGREGOR⁴

INTRODUCCION

Han transcurrido ocho años desde que el Programa de Medicina General Integral (PMGI), mejor conocido en sus inicios como "Plan A-36", fue establecido como un sistema de enseñanza modular y tutorial, colateral al plan de estudios global de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Concebido como un plan de estudios experimental nació como respuesta a los problemas sociales y de salud de México, ya que su base de sustentación descansa sólidamente en la necesidad de formar médicos generales capaces de proporcionar atención médica calificada continua e integral al individuo, considerando a la familia y a la comunidad como su entorno natural (1).

En la actualidad, el programa cuenta con cuatro generaciones que representan un total de 554 egresados, y las experiencias observadas y acumuladas a lo largo de su desarrollo dan pauta para iniciar un proceso evaluativo integral cuyas acciones estén encaminadas al estudio y análisis de todos y cada uno de los elementos que lo componen: autoridades, plan de estudios, profesores, alumnos, etc. Este enfoque permitirá una visión global del funcionamiento y conocer los resultados y el impacto del programa.

La existencia en diversos países de nuevos programas de enseñanza en el pregrado, evaluados en mayor o menor medida de acuerdo con metodologías y estrategias propias, ha proporcionado ricas experiencias en este

¹Coordinador General del Programa de Medicina General Integral, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México, D.F.

²Jefe de la División de Ciencias Sociales y Humanas de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales (ENEP)-Zaragoza, UNAM.

³Profesores del Programa de Medicina General Integral, Facultad de Medicina, UNAM.

⁴Director de la Facultad de Medicina, UNAM.

campo (2, 3) y ha permitido, junto con una extensa etapa de planeamiento, la elaboración de un proyecto general de evaluación metodológicamente riguroso que avale los resultados por obtenerse.

El presente trabajo se refiere a la primera etapa del proyecto, que incluye la conceptualización, las estrategias y los aspectos considerados como prioritarios para la evaluación y que habrán de consolidarse al ser desarrollados a través de proyectos específicos dentro del marco del sistema de evaluación diseñado.

OBSTACULOS EN LA EVALUACION DEL PMGI

Diversos obstáculos entorpecieron el desarrollo del proceso en el pasado, y se considera conveniente señalarlos porque probablemente se presenten, en mayor o menor medida, en la evaluación de los programas educativos.

Estos obstáculos pueden dividirse en cuatro grupos diferentes:

1) *Conceptuales*. A pesar que desde los inicios del programa se planteó la posibilidad de llevar a cabo su evaluación, hasta fechas recientes no se contaba con una uniformidad en el concepto de evaluación, ni con una definición de propósitos acorde con las características particulares del programa.

2) *Metodológicos*. El incipiente desarrollo en el área de evaluación y el predominio de metodologías de tipo investigativo, transferidas en una forma indiscriminada a los procesos evaluativos, han fortalecido la idea de que la evaluación es un proceso ajeno y externo al programa. Esto, aunado a la diversidad de modelos y enfoques metodológicos en la evaluación de programas educativos, complica la selección de las estrategias necesarias para la identificación de áreas por evaluar y la prioridad de las mismas.

3) *Logísticos y operativos*. La ausencia de una estructura organizadora que incorpore la evaluación como un elemento propio ha repercutido en un deficiente apoyo logístico y en la carencia de personal capacitado y con experiencia en procesos evaluativos de esta índole.

4) *Actitudinales*. El entender la evaluación como el hecho de "calificar algo" y no como un proceso de retroinformación, necesario para el mejor desarrollo y superación del programa, ha generado resistencia por parte de los participantes para interpretar los propósitos de la misma.

METODOLOGIA

Las actividades aquí descritas se refieren a las acciones efectuadas para responder básicamente a las siguientes preguntas: ¿Quién quiere la evaluación? ¿Qué es lo que se quiere evaluar? ¿Qué tipo de evaluación se desea?

Para cumplir con este propósito se procedió a formar una comisión integrada por el Cuerpo Directivo de la Facultad de Medicina, el Coordinador General, Coordinadores de Nivel, Jefes de Departamento y Personal Académico del programa. Esta Comisión, al conciliar sus expectativas en torno a las necesidades de evaluación, desarrolló durante 1982 la planificación del proceso evaluativo, contando con el apoyo de expertos en el campo.

Establecido este mecanismo, una subcomisión designada efectuó el diseño del proyecto general de evaluación, observando los siguientes puntos:

1. Revisión de las experiencias de evaluación en el área.
2. Selección de un modelo de evaluación.
3. Identificación de los aspectos a evaluar.
4. Determinación de prioridades.
5. Definición de proyectos específicos de evaluación.

Experiencias en la evaluación de programas de educación médica de pregrado

Paralelo a la revisión de los diferentes enfoques y modelos de evaluación, el estudio de las experiencias evaluativas en educación médica de pregrado, específicamente en programas curriculares innovadores, se consideró importante para el desarrollo del proyecto general. En este sentido, la recopilación y análisis de las experiencias notificadas en la literatura coadyuvaron en la conformación de un marco de referencia para la evaluación, así como para el establecimiento de estrategias e instrumentos metodológicos propios.

Para la selección de la información se procedió a realizar una búsqueda bibliográfica retrospectiva de diez años, partiendo de la premisa de que en este período era factible la localización de publicaciones concernientes a programas básicamente innovadores en la enseñanza de la medicina de pregrado, considerando sus currículos y proyectos o informes específicos de evaluación.

El análisis de la información que se recopiló muestra que actualmente

existen más de 25 programas innovadores de enseñanza en el pregrado (cuadro 1) localizados en distintos países inmersos dentro del contexto económico, político y social de su entorno (2, 3). Algunos de estos programas se han evaluado en mayor o menor medida de acuerdo con estrategias y metodologías particulares.

En estos trabajos, el término "evaluación" ha sido definido de diferentes maneras según el marco disciplinario de donde proviene y esto matiza las metodologías utilizadas, contándose por consiguiente con diversidad de información útil, tanto para la evaluación de programas educacionales como de programas en general.

Uno de los criterios propuestos en la búsqueda bibliográfica fue el de tratar de localizar programas que hubiesen sido evaluados en forma integral. Como consecuencia, y desde este punto de vista, la evaluación fue definida como "el proceso cuyas acciones están encaminadas al estudio y análisis de todos y cada uno de los elementos que componen el programa: autoridades, plan de estudios, profesores, alumnos, etc.". Con este enfoque se busca reunir con una visión global el funcionamiento, resultados e impacto del programa, tal como se indicó anteriormente.

Bajo esta concepción son pocos los programas que se apegan a esta forma de evaluación. Entre ellos se encuentra el de la Facultad de Medicina de Maastricht, en los Países Bajos (4), en donde se establece una distinción entre las metas inmediatas del programa y su evaluación y las metas intermedias y finales. La evaluación se da en tres niveles: a) de cada estudiante, b) del programa de enseñanza y c) a nivel institucional, rebasando el programa.

Del mismo modo, la evaluación del Programa WAMI de la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington, Seattle (5, 6) se circunscribe a dos fines: el primero consiste en cerciorarse de que se están alcanzando los objetivos del programa, y el segundo, en determinar si la enseñanza tiene o ha tenido una calidad aceptable. A la fecha de la publicación, las actividades de evaluación giraban alrededor de la calidad de las experiencias educativas adquiridas por los estudiantes, las actitudes hacia el programa por parte de los profesores y estudiantes, así como la influencia del programa en la opción profesional de los graduados y en la manera en que ejercen la profesión elegida.

Con un enfoque similar a los anteriores, el Programa McMaster, en Hamilton, Canadá (7-9), aborda la evaluación en base a los siguientes elementos: insumo, procesamiento, resultado y retroalimentación. En insumo se incluye el proceso de solicitud y admisión de alumnos, la selección de alumnos por parte de la facultad y la evaluación de las necesidades

Cuadro 1. Algunos nuevos programas de enseñanza de la medicina en el pregrado.^a

Programa	Institución	Año de inicio
Programa de formación médica	Universidad de Brasilia, Brasil	1966
Adaptación de la enseñanza de la medicina a las necesidades de la colectividad	Universidad de Hacettepe, Turquía	1967
La enseñanza de la asistencia sanitaria a la comunidad	Facultad de Medicina y Hospital de Ramathidobi, Bangkok, Tailandia	1967
Programa McMaster de enseñanza de la medicina	Universidad McMaster, Hamilton, Ontario, Canadá	1969
Formación del equipo de personal de salud	Centro Universitario de la Salud de Yaundé, Camerún	1969
Un programa de enseñanza de la medicina orientado hacia la colectividad	Escuela de Medicina de Pécs, Hungría	1972
Descentralización de las enseñanzas de la medicina	Universidad de Washington, Seattle, E.U.A.	1972
Establecimiento de una nueva escuela de medicina	Universidad de Newcastle, Australia	1972
La reforma del sistema de atención de salud en Finlandia	Universidad de Kuopio, Finlandia	1972
Perspectiva provisional del programa de medicina	Universidad de Ben Gurion del Negev, Bersheva, Israel	1974
Desarrollo de la enseñanza de la medicina	Rijksuniversiteit Linburg, Maestrich, Países Bajos	1974
Plan de estudios experimental de medicina general, Plan A-36	Universidad Nacional Autónoma de México, México	1974
Una innovación interdisciplinaria de la enseñanza de la medicina	Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México	1974
Programa de enseñanza de la medicina de la Península Septentrional de Michigan	Universidad del Estado de Michigan, E.U.A.	1974
Programa de enseñanza modular ENEP-Iztacala	Universidad Nacional Autónoma de México, México	1975
Programa de enseñanza modular ENEP-Zaragoza	Universidad Nacional Autónoma de México, México	1976
La búsqueda de un modelo	Universidad de Filipinas, Filipinas	1976
Reforma del plan de estudios de la medicina	Primero y Segundo Institutos de Medicina, URSS	1976
La enseñanza de la medicina	Universidad de Aden, Yemén Democrático	1977
Nuevas tendencias en la promoción de un sistema de enseñanza de la medicina	Facultad de Medicina de Novi Sad, Yugoslavia	1977
Programa de formación de médicos de la comunidad	Universidad de Tribhuvan, Nepal	1978
Implantación de un nuevo plan de estudios en una escuela de medicina ya existente	Universidad de Edimburgo, Escocia	1978
Currículo de atención primaria	Universidad de Nuevo México, Albuquerque, E.U.A.	1978

^aFuente: Coordinación General del Programa de Medicina General Integral, UNAM.

de capacitación y planeación de programas. El proceso gira en torno a las actividades del personal docente, así como al estudio y aprendizaje de los alumnos. El resultado se circunscribe a la satisfacción profesional de los egresados, a la selección de su carrera y al empleo. Finalmente, el elemento "retroalimentación" constituye la síntesis y análisis de los elementos anteriormente mencionados, con el propósito de determinar las modificaciones o reajustes considerados necesarios para el desarrollo óptimo del programa.

Por otro lado, numerosos programas, tanto "tradicionales" como innovadores, han evaluado aspectos o áreas específicas en respuesta a inquietudes particulares surgidas en el seno de estos programas. Así se ha evaluado, entre otros aspectos, la organización y el contenido curricular (10-13), los mecanismos de ingreso de estudiantes al programa (14, 15), el proceso de enseñanza-aprendizaje (16-19), el rendimiento escolar (20-22), las actitudes de los estudiantes hacia el programa (23), las actitudes de los profesores hacia la enseñanza de la medicina general y hacia el programa (24-26), el desempeño de los graduados a través de su actividad profesional en los servicios de salud, y sus actitudes hacia la comunidad y hacia los estudiantes de posgrado (27-29).

Como se puede observar, los esfuerzos de evaluación se enfocan hacia aspectos que van desde el mecanismo de ingreso de estudiantes al programa hasta el impacto de los egresados en la calidad de la asistencia médica. En la mayoría de los programas estos esfuerzos responden a situaciones e inquietudes peculiares. En otros, tal como se pretende con la evaluación del Programa de Medicina General Integral, se intenta responder a las inquietudes surgidas tanto en el área de la educación médica como de los servicios de salud.

Selección de un modelo para la evaluación del Programa de Medicina General Integral

Una de las características más relevantes que a nuestro juicio hacen del modelo propuesto por Stufflebeam (30) el más apropiado para elegirlo como punto de partida y generar el propio, es su naturaleza práctica y universal. Está concebido como un modelo de aplicación general no restrictiva. A diferencia de la mayor parte de los modelos y enfoques existentes, su concepción no está destinada a la identificación y al diseño particular de una serie de acciones precisas para valorar condiciones determinadas.

El modelo ha sido denominado CIPP, como un acrónimo de los cuatro tipos de evaluación para los cuales es apropiado: de Contexto, de In-

sumos, de Procesos y de Productos. Estos tipos corresponden a cuatro categorías de decisiones: planificación, estructuración, instrumentación y reciclaje (figura 1), y todo el modelo descansa en la elástica definición de *evaluación*, que sostiene: “es el proceso de delineación, obtención y provisión de información útil para juzgar alternativas de decisión”.

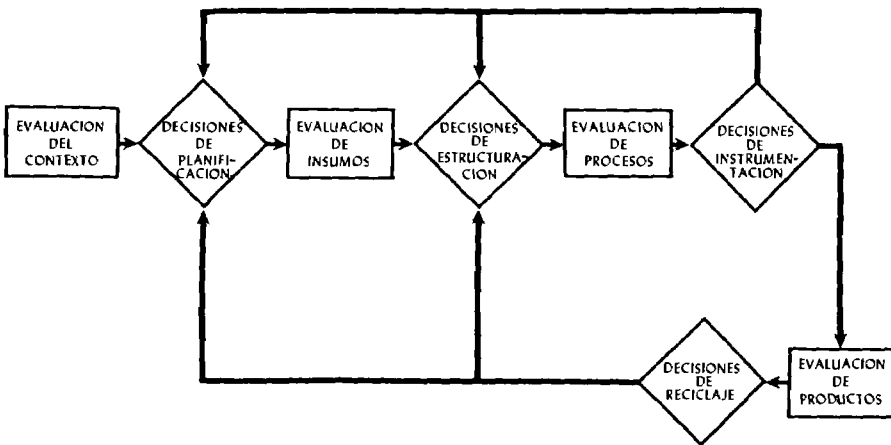
Esta definición contiene tres puntos importantes: a) la evaluación es un proceso continuo y sistemático; b) el proceso incluye tres pasos básicos: delinear las preguntas que han de contestarse; obtener información relevante a las preguntas que han de contestarse; obtener información relevante a las respuestas y proveer de información a los decisores, y c) la evaluación debe servir para la toma de decisiones.

Identificación de los aspectos a evaluar

En la identificación de los aspectos a evaluar, la participación de personal interno y externo del programa se consideró de primordial importancia, dado que los programas de esta naturaleza generalmente se cuestionan desde diferentes puntos de vista y con criterios diversos, incluso con base en concepciones elementales discrepantes, como por ejemplo, alrededor del término “evaluación”.

Por ello, y con el propósito de que una vez que se hubieran unificado los criterios, la evaluación del Programa de Medicina General Integral

Figura 1. Modelo de Stufflebeam para la evaluación de programas educacionales.



permitiera satisfacer demandas y responder cuestionamientos formulados por diversas instancias, se procedió a realizar dos actividades esenciales:

1) El primer Seminario-Taller de Análisis del Programa de Medicina General Integral (31), en donde participaron académicos del programa de instituciones interesadas en el fenómeno educativo y de instituciones prestadoras de servicios como el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

2) Reuniones de trabajo entre miembros de la comisión de evaluación y los responsables de las áreas académicas y administrativas de la Facultad de Medicina, agrupados de acuerdo con su estructura organizacional: Ciencias Morfológicas, Ciencias Químico-Biológicas, Ciencias Clínicas, Ciencias Sociales y Administrativas.

Estos dos eventos generaron múltiples recomendaciones y proposiciones para el desarrollo del proceso evaluativo, revelándose como significativas: la necesidad de efectuar un análisis operativo a fondo del programa, la práctica de una evaluación sistemática y orientada hacia un proceso integral, incluyendo así un análisis en todos los órdenes, y el establecimiento de prioridades y procedimientos que garanticen resultados a corto, mediano y largo plazo.

Paralelamente a estas dos actividades, surgieron 32 aspectos considerados como los más importantes para ser incluidos en la evaluación del programa. Entre ellos se encuentra: estructura curricular, desempeño profesional de los egresados en los servicios de salud, contenido académico de los módulos, preparación académica y pedagógica de los tutores, etc. (cuadro 2).

Determinación de prioridades

El mecanismo utilizado consistió en la aplicación de una escala estimativa de criterios previamente establecidos, a los cuales se asignó un valor numérico que oscilaba desde muy importante, con un valor de 5; importante, con un valor de 4; medianamente importante, con un valor de 3; poco importante, con un valor de 2; hasta sin importancia, con un valor de 1. Esta escala se aplicó a cada uno de los 32 aspectos identificados.

El proceso evolutivo se realizó utilizando cinco urnas diferentes con etiquetas de identificación para cada criterio, en las cuales un juez determinado colocaba el aspecto en cuestión de acuerdo a su propia apreciación. De esta manera, el valor obtenido por cada aspecto representaba un juicio emitido de acuerdo con la importancia propia de cada aspecto y no en re-

Cuadro 2. Aspectos a evaluar por orden de prioridad.

Aspecto	\bar{X}
1 Evaluación de la estructura curricular del PMGI	4.75
2 Desempeño profesional de los egresados en los servicios de salud	4.50
3 Contenido académico de los módulos: calidad, actualidad, estructura pedagógica, etc.	4.50
4 Nivel académico y pedagógico de los tutores	4.25
5 Integración del conocimiento teórico-práctico de los módulos del PMGI	4.18
6 Mecanismo en la evaluación del rendimiento escolar	4.18
7 Ubicación del egresado en el desarrollo de su práctica profesional	4.18
8 Mecanismo de selección de los tutores	4.12
9 Ejercicio profesional actual e integración del egresado a los requerimientos de los servicios de salud	4.12
10 Actitudes de los egresados hacia el PMGI	4.12
11 Relación de la enseñanza de las ciencias básicas con las actividades en comunidad, centro de salud y aula-laboratorio	4.06
12 Experiencias del PMGI en la educación médica de pregrado	4.06
13 Integración de los conocimientos de ciencias básicas y clínicas por los alumnos	4.00
14 Enseñanza de la medicina comunitaria	3.93
15 Actitudes de los tutores de tiempo completo durante su desempeño docente	3.93
16 Modelo original de PMGI: desarrollo, modificaciones y adaptaciones hasta el modelo actual	3.81
17 Carga clínica de los módulos en el primero y segundo nivel y su congruencia con la carga de ciencias básicas	3.81
18 Rendimiento escolar de los alumnos por nivel, área y módulo	3.75
19 Actuación médico-quirúrgica de los pasantes en servicio social	3.75
20 Preferencia del egresado por el medio urbano o rural en su práctica profesional	3.56
21 Preferencias de los pasantes por el medio urbano o rural y las actividades docentes, clínicas o de investigación	3.50
22 Opinión y expectativa de los alumnos hacia el PMGI	3.50
23 Nivel académico de los alumnos del PMGI en ciencias básicas	3.50
24 Expectativas del alumno y del egresado por los estudios de posgrado	3.43
25 Nivel académico de los alumnos del programa comparativamente con los del plan por asignaturas	3.43
26 Causas de deserción escolar en el PMGI	3.43
27 Resultados del examen profesional	3.37
28 Actitudes de los pasantes frente al trabajo en la comunidad y hacia el PMGI	3.18
29 Papel del laboratorio multidisciplinario en la enseñanza de ciencias básicas	3.18
30 Actividades médico-quirúrgicas de los alumnos en el segundo nivel	3.12
31 Mecanismo de selección para ingreso de alumnos al PMGI	2.87
32 Costo del egresado por año y por toda la carrera	2.75

ferencia a la importancia de un aspecto contra los demás, evitando así un sesgo en la adjudicación de prioridades.

Dieciséis integrantes del personal académico de la Coordinación General, Unidades Académicas y Hospitales Generales de Zona, que apoyan al PMGI, fungieron como jueces en la realización del procedimiento, y de esta manera se obtuvo la calificación para cada uno de los aspectos. Posteriormente, se computó la medida aritmética para cada uno de ellos, dando por resultado un valor que permitió ubicar a estos en orden progresivo de mayor a menor importancia (cuadro 2).

Definición de proyectos específicos de evaluación

A pesar de que cada uno de los aspectos identificados y arreglados conforme a su prioridad poseen características singulares, pudieron ser agrupados de acuerdo con su afinidad en áreas o momentos del proceso, en donde confluyen variables que tienen un sino familiar en cuanto a su objeto. Así, se formaron grupos que se reúnen en una acción general y que al estudiarse conjuntamente facilitan, consecuentemente, el desarrollo operativo de la evaluación.

Revisión curricular. La evaluación estará enfocada a efectuar una revisión analítica del modelo curricular vigente en el programa, la concepción original y las modificaciones que ha sufrido en sus diferentes etapas de desarrollo.

Seguimiento de egresados. La finalidad del proyecto es la de establecer un mecanismo mediante el cual se mantenga contacto estrecho con los egresados, para determinar su desempeño profesional e integración a los servicios de salud.

Material de enseñanza. Este estudio se enfoca al análisis del contenido de ciencias básicas y clínicas en cada módulo de acuerdo con el nivel académico correspondiente. Se incluye la evaluación de los materiales educativos de apoyo como documentos escritos, material audiovisual, etc.

Tutores: En este proyecto son de interés: los mecanismos de selección e ingreso del personal académico; el nivel académico y experiencia docente de los mismos y las actitudes que presentan al ingresar y durante el desarrollo de sus actividades.

Integración del conocimiento. La evaluación estará orientada a la detección de compatibilidad entre las actividades teóricas y prácticas, desarrolladas en cada uno de los módulos, su congruencia con el tiempo asignado para cada uno de estos y su relación entre las ciencias básicas y clínicas, de acuerdo a los resultados del aprendizaje.

Rendimiento escolar. En este caso, la evaluación está enfocada a los siguientes aspectos:

- Analizar los procedimientos de evaluación del aprendizaje, tomando en consideración los propósitos e instrumentos que se utilizan en las diferentes áreas y establecer la confiabilidad, validez, operatividad y eficacia de los mismos.
- Analizar el rendimiento escolar de los alumnos considerándolos por nivel, área y módulo y determinar de esta manera su nivel académico.
- Establecer un estudio comparativo con los alumnos del plan de estudios tradicional de la Facultad de Medicina.

Actividades de enseñanza. La evaluación estará orientada a las actividades de este tipo, desarrolladas en los cuatro años que componen el plan de estudios en sus diferentes áreas, detectando el resultado operativo de las mismas.

Alumnos en servicio social. Su propósito es determinar las características del trabajo comunitario del alumno, sus habilidades médico-quirúrgicas y sus actitudes hacia la comunidad y la medicina general y además, sus expectativas en la educación médica continua y los estudios de posgrado.

Ingreso de alumnos. En este estudio, el análisis se enfocará a los procedimientos de selección de alumnos de primer ingreso, y sus expectativas hacia el propio programa.

Deserción escolar. En este estudio es de interés la determinación y cuantificación de las variables que inciden en la deserción de alumnos del programa.

Examen profesional. El propósito en este proyecto es efectuar un análisis comparativo de los resultados obtenidos en el examen profesional por los alumnos del programa y los alumnos del plan de estudios tradicional de la Facultad de Medicina.

Administración educativa. El propósito de la evaluación en este proyecto es determinar el costo por alumno, anual y por toda la carrera a través del análisis de costo-beneficio y costo-eficiencia del programa.

CONCLUSIONES

Con la consecución de esta primera etapa de la evaluación del Programa de Medicina General Integral, en donde se definen conceptos, áreas y prioridades de evaluación, se están dando pasos firmes para lograr un proceso que permita por un lado, la retroalimentación del propio programa y, por otro, responder decididamente a las interrogantes e inquietudes.

tudes que el programa, por sus características particulares, ha generado desde su planificación y ejecución, tanto en el campo de la educación médica como de los servicios de salud.

De manera simultánea y como aspectos sustanciales, deben destacarse los logros que de esta misma etapa se han derivado, a saber:

- Definición de las bases para establecer un sistema continuo e integral de evaluación inherente al programa.
- Superación de los obstáculos encontrados en el proceso evaluativo a través de la participación del cuerpo directivo y docente del programa.
- Contribución al desarrollo de metodologías y estrategias en la evaluación de programas educacionales.

RESUMEN

En este artículo se describen los conceptos y estrategias en que se apoya la evaluación del Programa de Medicina General Integral de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El objetivo preciso de este trabajo, realizado durante 1982, es el de fortalecer y redirigir las pautas del desarrollo actual de este programa, concebido desde sus inicios en 1974 como un plan de estudios experimental a través de un sistema de enseñanza modular y tutorial.

Se dan a conocer los obstáculos conceptuales, metodológicos, logísticos, operativos y actitudinales identificados para el desarrollo de este proceso evaluativo.

En la metodología utilizada se concatenan la revisión de las experiencias evaluativas de programas básicamente innovadores en la enseñanza de la medicina de pregrado; la selección de un modelo de evaluación; la identificación de aspectos a evaluar; la determinación de prioridades y la definición de proyectos específicos de evaluación.

De los aspectos identificados y priorizados resultaron 12 proyectos de evaluación a saber: revisión curricular, seguimiento de egresados, material de enseñanza, tutores, integración del conocimiento, rendimiento escolar, actividades de enseñanza, alumnos en servicio social, ingreso de alumnos, deserción escolar, examen profesional y administración educativa.

REFERENCIAS

- (1) Laguna G., J. *et al.* Plan de estudios experimental de medicina general (Plan A-36). *Educ Méd Salud* 8 (2):205-225, 1974.

(2) Katz, F. M. y T. Fülöp (editores). Formación de personal de salud: Ejemplos de nuevos programas docentes. *Cuadernos de Salud Pública* 70, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1978.

(3) Katz, F. M. y T. Fülöp (editores). Formación de personal de salud: Ejemplos de nuevos programas docentes. Volumen 2. *Cuadernos de Salud Pública* 71, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1980.

(4) Bouhuijs, P.A.J. *et al.* Desarrollo de la enseñanza de la medicina. En: Formación de personal de salud: Ejemplos de nuevos programas docentes. Katz F. M. y T. Fülöp (editores). *Cuadernos de Salud Pública* 70, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1978, págs. 153-176.

(5) Moy, M. L. *et al.* Evaluation of the community phase of a regionalized medical education program. *Annu Conf Res Med Educ* 16:42-47, 1977.

(6) Schwarz, M. R. y D. Flahault. Descentralización de la enseñanza de la medicina. En: Formación de personal de salud: Ejemplos de nuevos programas docentes. Katz, F. M. y T. Fülöp (editores). *Cuadernos de Salud Pública* 70, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1978, págs. 267-292.

(7) Pallie, W. y E. Brain. "Modules" in morphology for self study. A system for learning in an undergraduate medical programme. *Med Educ* 12:107-113, 1978.

(8) Walsh, W. J. El desarrollo de la capacidad para resolver problemas. En: Formación de personal de salud: Ejemplos de nuevos programas docentes. Katz, F. M. y T. Fülöp (editores). *Cuadernos de Salud Pública* 70, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1978, págs. 79-90.

(9) Andrew, C. H. *et al.* Evaluación del Programa de Educación de la Universidad de McMaster. En: *Memorias del Taller sobre Metodología de Evaluación Educativa*. Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México, 1980.

(10) Carter, S. A. Evaluation of undergraduate medical curriculum using student and student-staff group discussions. *J Med* 52 (5):420-422, 1977.

(11) Echt, R. y S. W. Chan. A new problem oriented and student centered curriculum at Michigan State University. *J Med Educ* 52 (8):681-683, 1977.

(12) Elliot, P. R. The evolutionary curriculum. Revolutionary accountability wise. *J Med Educ* 48 (9):824-831, 1973.

(13) Grover, P. L. *et al.* Alternatives to traditional methods of curriculum evaluation. Symposium. *Annu Conf Res Med Educ* 18, 1979.

(14) Bonifacio, A. E. El Instituto de Ciencias de la Salud, Tacloban-La búsqueda de un modelo. En: Formación de personal de salud: Ejemplos de nuevos programas docentes. Volumen 2. Katz, F. M. y T. Fülöp (editores). *Cuadernos de Salud Pública* 71, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1980, págs. 145-166.

(15) Coe, R. M. *et al.* The "new" medical student. Another view. *J Med Educ* 52 (2): 89-98, 1977.

(16) Dahamer, J. *et al.* Evaluation and integrated multi-media learning system. *Med Educ* 10:491-495, 1976.

(17) Farkas, I. J. The undergraduate programme for teaching future general practitioners in Romania. *Med Educ* 11:125-128, 1977.

(18) Harris, C. M. *et al.* A teaching methods course in Manchester for general practitioner teachers. *Med Educ* 10:193-197, 1976.

(19) Isakov, J. Reforma del plan de estudios de medicina. En: Formación de personal de salud: Ejemplos de nuevos programas docentes. Volumen 2. Katz, F. M. y T. Fülöp (editores). *Cuadernos de Salud Pública* 71, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1980, págs. 221-234.

(20) Irwin, W. G. y J. H. Bamber. An evaluation of a course for undergraduate teaching of general practice *Med Educ* 12 (1):20-25, 1978.

(21) Richards, R. W. *et al.* Programa de enseñanza de la medicina en la península sep-

tentrional de Michigan. En: Formación de personal de salud: Ejemplos de nuevos programas docentes. Katz, F. M. y T. Fülöp (editores). *Cuadernos de Salud Pública 70*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1978, págs. 243-266.

(22) Tigyi, J. Un programa de enseñanza de la medicina orientado hacia la colectividad. En: Formación de personal de salud: Ejemplos de nuevos programas docentes. Katz, F. M. y T. Fülöp (editores). *Cuadernos de Salud Pública 70*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1978, págs. 111-126.

(23) Sobral, D. T. y A. Mejía. La Escuela de Medicina de la Universidad de Brasflia, Brasil. En: Formación de personal de salud: Ejemplos de nuevos programas docentes. Katz, F. M. y T. Fülöp (editores). *Cuadernos de Salud Pública 70*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1978, pág. 53-78.

(24) Gale, J. et al. Changing attitudes of medical teachers towards medical education. *Med Educ* 10:250-254, 1976.

(25) Harvard, D. R. y N.C.H. Scott. A comparative study of teachers' attitudes in the teaching of undergraduate medical students. *Med Educ* 10:255-259, 1976.

(26) Rezler, A. G. Methods of attitudes assessment for medical teachers. *Med Educ* 10:43-51, 1976.

(27) Ascher, S. et al. Perspectiva provisional. En: Formación de personal de salud: Ejemplos de nuevos programas docentes. Katz, F. M. y T. Fülöp (editores). *Cuadernos de Salud Pública 70*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1978, págs. 127-152.

(28) Buri, R. y F. M. Katz. La enseñanza de la asistencia sanitaria a la comunidad. En: Formación de personal de salud: Ejemplos de nuevos programas docentes. Katz, F. M. y T. Fülöp (editores). *Cuadernos de Salud Pública 70*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1978, págs. 177-194.

(29) Marquis, C. y M. D. Rivera. Algunas consideraciones sobre los egresados de la primera y segunda generación de la Universidad Autónoma Metropolitana (División de Ciencias Biológicas y de la Salud). En: *Memorias del Taller sobre Metodología y Evaluación Educativa*. Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México, 1980.

(30) Stufflebeam, D. L. et al. *Educational Evaluation and Decision Making in Education*. Itasca, Illinois, Peacock, 1981.

(31) Ruiz de Chávez, M. y L. S. Morales (editores). Memoria del Primer Seminario-Taller de Análisis del Programa de Medicina General Integral. Facultad de Medicina, UNAM, agosto de 1981.

PROGRAM OF INSTRUCTION IN COMPREHENSIVE GENERAL MEDICINE: CONCEPTUALIZATION AND STRATEGIES FOR ITS EVALUATION (Summary)

This article describes the concepts and strategies underlying the evaluation of the Comprehensive General Medicine Program of the School of Medicine of the Autonomous National University of Mexico.

The exact purpose of that evaluation, done in 1982, was to strengthen and redirect the lines of this program's current development, which had been conceived since its inception in 1974 as an experimental study plan based on a system of modular and tutorial instruction.

The article describes the identified conceptual, methodological, logistic, operational and attitudinal obstacles to this evaluation process.

The methodology involves a sequence consisting in the evaluational experiences of basically innovative programs of undergraduated medical instruction, the selection of an evaluation model, identification of the aspects to be evaluated, the determination of priorities, and the definition of specific evaluation projects.

From the aspects identified and given priority the following 12 evaluation projects emerged: curriculum review, follow-up of alumni, instruction materials, tutors, integration of knowledge, student performance, instructional activities, students in social service, student enrollments, dropping out, professional examination, and education administration.

PROGRAMA DE ENSINO DE MEDICINA GERAL INTEGRAL: CONCEITUALIZAÇÃO E ESTRATÉGIAS PARA SUA AVALIAÇÃO

(Resumo)

Esse artigo descreve os conceitos e estratégias em que se apóia a avaliação do Programa de Medicina Geral Integral da Faculdade de Medicina da Universidade Nacional Autônoma do México.

O objetivo preciso desse trabalho, realizado durante 1982, é o de fortalecer e redirecionar as linhas do desenvolvimento atual desse programa, concebido desde o início em 1974 como um plano de estudos experimental através de um sistema de ensino modular e tutelar.

Apresentam-se os obstáculos conceituais, metodológicos, logísticos, operacionais e de atitude identificados para o desenvolvimento desse processo avaliativo.

Na metodologia utilizada concatenam-se a revisão das experiências de avaliação de programas basicamente inovadores no ensino da medicina de pré-graduação, a seleção de um modelo de avaliação, a identificação de aspectos a serem avaliados, a determinação de prioridades e a definição de projetos específicos de avaliação.

Dos aspectos identificados e considerados prioritários resultaram 12 projetos de avaliação: revisão curricular; acompanhamento de egressos; material de ensino; tutores; integração do conhecimento; rendimento escolar; atividades de ensino; alunos em serviço social; ingresso de alunos; deserção escolar; exame profissional; e administração educativa.

PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE INTÉGRALE: CONCEPTS ET STRATÉGIES DE SON ÉVALUATION

(Résumé)

Cet article décrit les concepts et les stratégies sur lesquels s'appuie l'évaluation du programme de médecine générale intégrale de la Faculté de médecine de l'Université nationale autonome du Mexique.

L'objectif précis de cette évaluation réalisée en 1982 consiste à renforcer et à réorienter les règles du développement actuel de ce programme conçu dès le début, en 1974, comme un plan d'études expérimental dans le cadre d'un enseignement fondé sur le système modulaire et de groupe de travail dirigé.

L'article énonce les obstacles auxquels se heurte cette évaluation sur les plans des concepts, des méthodes, de la logistique, de la pratique et des attitudes.

La méthode utilisée associe la révision des expériences d'évaluation de programmes fondamentalement novateurs d'enseignement de la médecine au niveau du premier cycle, le choix d'un modèle d'évaluation, l'identification des aspects à évaluer, la définition des priorités et de projets d'évaluation spécifiques.

Sur la base des aspects identifiés et des priorités définies on a retenu 12 projets d'évaluation, à savoir: la révision des programmes d'enseignement, le suivi des examens de sortie, le matériel d'enseignement, le système de répétition, l'intégration des connaissances, les résultats scolaires, les activités pédagogiques, les étudiants en service social, l'inscription des étudiants, l'abandon scolaire, l'examen professionnel et l'administration de l'enseignement.

Perfil y arraigo del médico en el medio rural en México¹

DR. ROLANDO COLLADO ARDON²

INTRODUCCION

En todo el mundo la población rural cuenta con menos atención médica que la urbana. Hasta hace pocos años, el 37% de la población en América Latina—más de 100 millones de personas en su mayoría habitantes del medio rural—carecía de atención médica (1). Esa situación es compartida por otros continentes y no presenta perspectivas de mejoría significativa. En México, en 1970, el 56% de la población y el 6% de los médicos del país vivía en localidades de menos de 10.000 habitantes (2), lo que da idea de la desigual distribución de los recursos para la población. En cuanto a las perspectivas, si no cambia la tendencia de los últimos decenios, habrá que esperar al año 2030 para que en todos los municipios del país haya por lo menos un médico (3).

Calculando las necesidades mínimas de un médico por cada 1.000 habitantes, en América Latina hay un déficit de 100.000 médicos. Parece imposible cubrir esa necesidad en este siglo, pero deben buscarse caminos para intentarlo. Uno de esos caminos es multiplicar el número de médicos capaces de arraigar y ejercer en el medio rural: por una parte con nuevos médicos, y por otra, mediante la capacitación de médicos sobreconcentrados en las ciudades, que migrando al campo en condiciones adecuadas tal vez resolverían su problema y el de la población necesitada.

OBJETIVO

Hemos supuesto que los médicos que arraigan y ejercen su profesión en el medio rural tienen características específicas que los distinguen de la

¹Versión modificada del artículo que con el nombre de "Características del Médico Rural en México" presentamos conjuntamente con los Dres. Salomón Gallegos B. y Patricia Fernández Aguirre en el V Congreso Mundial de Sociología Rural, México, 1980.

²Departamento de Medicina Social, Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

mayoría, es decir de quienes ejercen en el medio urbano. Dentro de esa hipótesis se realizó una investigación de campo en México (4) y en este trabajo se presentan algunos resultados. El análisis de esos resultados se hace alrededor del tema "arraigo del médico en el medio rural"; es decir que no consideramos suficiente que el médico vaya temporalmente a realizar un servicio obligatorio o con la intención de regresar cuanto antes a la gran ciudad. El objetivo de este análisis es encontrar aquellos aspectos que promueven la permanencia del médico y su incorporación integral a la sociedad local.

Dado que es muy reducido el número de médicos en las localidades de menos de 2.500 habitantes, en este análisis se comparan dos grupos de médicos: los que vivían en localidades de menos de 10.000 habitantes y los que vivían en localidades de 10.000 habitantes y más. Aun así, en el primer grupo estaba solo el 6% de los médicos del país. Para fines de este trabajo llamaremos a estas localidades de menos de 10.000 habitantes localidades pequeñas o localidades rurales. Sabido es que hay localidades con mayor número de habitantes y que continúan siendo rurales, así como hay otras—pocas por cierto—que a pesar de ser menores tienen condiciones de vida urbana. Dentro de ese marco se presentan los resultados.

RESULTADOS

Se presentan dos grupos de características, las demográficas por una parte y las propias del ejercicio profesional por la otra. Dentro del primer grupo están la edad, el sexo, el estado civil y el número de hijos que tiene el médico, hijos menores e hijos mayores de diez años. En algunos sectores, especialmente los relacionados con la enseñanza de la medicina, se tiene la imagen del médico rural como de un hombre joven, soltero y sin hijos, que está terminando sus estudios e iniciando su carrera profesional. Nuestros resultados muestran una realidad diferente. Por otra parte, la imagen profesional del médico rural—en los círculos mencionados—es la de un médico general que ejerce predominantemente la medicina institucional, organizada precisamente para atender a sectores débiles de la población como son los habitantes rurales. Nuestros resultados confirman que el tipo de medicina predominante en el medio rural es la medicina general, pero no confirman la predominancia de la medicina institucional. Como se muestra más adelante, la medicina privada es aún importante en las pequeñas localidades, tanto más cuanto menor es la localidad.

Un elemento habitualmente no estudiado en este tipo de investigacio-

nes es la relación que el médico establece con la población, no solo como profesional que se encarga de una sola actividad, la medicina, sino como hombre que tiene que integrarse socioeconómicamente al lugar donde vive. Un indicador de esta integración es el ingreso que el médico obtiene de actividades ajenas a su profesión, actividades que en la pequeña localidad se ve forzado a desarrollar cuando sus ingresos profesionales son insuficientes para el sostén familiar. Este punto se vincula a la división social del trabajo, división grande en las metrópolis y pequeña en la localidad rural. En esta última el médico de dedicación exclusiva a veces no logra sobrevivir y es sustituido por el hombre-médico que desarrolla diversas actividades, entre ellas la medicina. Es un punto altamente polémico, especialmente en lo que se refiere a sus posibilidades aplicativas hacia el futuro.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRAFICAS

Las características demográficas de los médicos fueron las siguientes:

Edad

De los 2.644 médicos entrevistados, el 80,6% (2.130 médicos) se encontraba en la edad considerada habitualmente como la de mayor actividad productiva, entre 30 y 60 años. Los menores de 30 años constituían el 9,5% (250 médicos) y los mayores de 60 años el 10% (260). Esto refleja la edad de los médicos que en general atienden a la población del país. El promedio global de edad fue de 43,4 años y la mediana 42,7, lo que muestra la ligera heterogeneidad de los grupos de edad, pesando en el promedio el grupo de los médicos mayores. En los Estados Unidos, en 1962 (10 años antes de realizado este estudio) la mediana nacional de los médicos privados era de 47,3 años (5), o sea casi cinco años más de edad en los médicos de ese país que en los mexicanos. Las muestras no son totalmente comparables, pero reflejan parte de la realidad; en efecto la población de México es, en general, más joven que la de los Estados Unidos, y los médicos no tienen por qué ser una excepción. En cuanto a la edad de los médicos según el tamaño de la localidad, las diferencias aparecen en el cuadro 1.

El cuadro muestra que los médicos de las localidades pequeñas son aproximadamente tres años más jóvenes que sus demás colegas; en efecto, el 21,4% de ellos es menor de 30 años, el 9,4% es mayor de 60 y el

Cuadro 1. Distribución de los médicos, según promedio de edad y tamaño de la localidad.

	Promedio de edad (años)	Mediana (años)	No. de médicos
Médicos en localidades de hasta 10.000 habitantes	40,7	39,6	159
Médicos en localidades de 10.000 habitantes y más	43,6	42,9	2.485
Médicos de todo el país	43,4	42,7	2.644

resto, 69,2%, está entre 30 y 60 años de edad. La población rural, en general, es atendida por médicos más jóvenes que el resto de la población. En contraste, la población de las localidades de más de 10.000 habitantes es atendida por médicos de más edad; el 8,6% de ellos tiene menos de 30 años, el 81,4% tiene entre 30 y 60, y el 10% es mayor de esa edad.

En cuanto al reemplazo médico en el medio rural, podemos señalar que en los Estados Unidos es bajo, lo que se deduce del estudio mencionado (5) en el que los autores comparan la edad de los médicos rurales con la de los médicos de todo el país. En algunos condados rurales del Estado de Nueva York, la mediana de edad de los médicos en 1960 era de 51 años, casi cuatro años más que la mediana nacional de los médicos privados. Eso fue interpretado como resultado de la permanencia de los médicos en los condados hasta su envejecimiento y muerte, y como un bajo reemplazo por médicos jóvenes. En cuanto a nuestros resultados, el que los médicos rurales sean (por promedio y por mediana) tres años más jóvenes que sus demás colegas significa que más médicos están llegando al campo, que más médicos mayores regresan a la ciudad, o ambas cosas.

En el primer caso, si lo que ocurre es que más médicos están llegando al medio rural sin que haya regreso a la ciudad de médicos mayores, no sería propiamente un reemplazo médico sino una modificación del cuadro rural de médicos. Esto, obviamente, sería positivo, por cuanto significa un incremento de la atención médica rural. En el segundo caso, si los médicos mayores regresan a la ciudad, significa una pérdida profesional y humana para la población rural; y por último, si ambos factores se presentan, hay realmente reemplazo de médicos de mayor edad por médicos más jóvenes, con pérdida para la población, para los médicos jóvenes que tienen que empezar a ejercer sin la experiencia y ayuda de un colega mayor, y tal vez, también para el médico que emigra en búsqueda de un mejor pero muchas veces incierto futuro.

Lo importante de utilizar la edad como un indicador de migración de los médicos es que este fenómeno—la migración—es no solo estudiable sino orientable por políticas demográficas y de atención médica, en función de un mejor futuro para el país.

Sexo

De los 2.644 médicos de la muestra nacional, el 92,4% (2.442) eran hombres y el 7,6% (202) eran mujeres (cuadro 2). En el medio rural la predominancia masculina fue mayor, y de 158 médicos entrevistados el 95,6% (151) eran hombres y solo el 4,4% (7 médicas) eran mujeres. Esto confirma una situación conocida: la dificultad para que la mujer vaya al campo, en comparación con la mayor movilidad geográfica masculina.

El análisis de la distribución por sexos de los médicos en el medio rural se liga necesariamente al factor representado por el estado civil; puede ser que los movimientos hacia la igualdad de los sexos influya en el futuro, pero en las condiciones actuales parece más fácil que entre solteros, el hombre se movilice más que la mujer e intente abrirse paso profesional en una localidad nueva para él. La mujer tiende, en esas condiciones, a permanecer bajo la protección familiar hasta que la formación de una nueva familia le dé el apoyo necesario. Dentro de este contexto, la estudiante de provincia que permanece soltera después de graduarse sería un buen prospecto para regresar y ejercer su profesión. No debe olvidarse que la proporción de mujeres dentro de las escuelas de medicina crece continuamente, y con ello su participación en la atención médica nacional del futuro; no se puede dudar del beneficio que aportaría su presencia en el medio rural, lo cual se facilitaría con programas adecuados a la realidad en proceso.

Cuadro 2. Distribución de los médicos del país, según sexo, y tamaño de la localidad donde ejercen (muestra nacional), México, 1973.

	Localidades hasta 10.000 hab.		Resto del país		Distrito Federal		Todo el país	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Hombres	151	95,6	2.291	92,2	1.033	90,4	2.442	92,4
Mujeres	7	4,4	195	7,8	110	9,6	202	7,6
Total	158	100,0	2.486	100,0	1.142	100,0	2.644	100,0

Estado civil

El 85,4% de los médicos que ejercían en localidades pequeñas estaban casados (cuadro 3). No cabe duda que el matrimonio es un fuerte factor de arraigo, particularmente si el cónyuge o ambos son nativos de la localidad. Si uno o ambos son de fuera, se requerirá de un espíritu abierto y emprendedor para transformarse en inmigrantes que arraigan. La proporción de casados en el resto del país era ligeramente superior (88%). Los solteros en las localidades pequeñas superaban proporcionalmente a los médicos del resto del país (12,7% contra 10%), lo que seguramente se relaciona con el hecho de que a las localidades pequeñas llegan médicos más jóvenes, antes de casarse. El matrimonio local es entonces una probabilidad, convirtiéndose al mismo tiempo en factor de arraigo. No debe desecharse, sin embargo, la posibilidad de la emigración del cónyuge local, acompañando a un médico joven que desea volver a la ciudad para continuar estudios de posgrado o con otros fines. En ese caso el médico soltero que del campo se lleva a una joven para hacerla su compañera en la ciudad, promueve el tradicional movimiento migratorio que tan escaso beneficio produce a las localidades pequeñas.

En términos de promover la atención médica al campo, la soltería no parece buena condición del médico; el matrimonio, por el contrario, sí. Dentro de este contexto debe pensarse no solo en médicos jóvenes, sino en médicos de todas las edades que por estar integrados en vida de pareja o de familia, piensan en establecerse en un lugar para ejercer y para vivir.

Hijos

Es de suponer que los hijos son un factor de arraigo. El médico que tiene muchos hijos, especialmente si son de diversas edades, goza de menor movilidad que quien no tiene hijos, o tiene solo menores o solo grandes. Dentro de esta hipótesis y en relación con la mayor fertilidad de la población rural en general, suponíamos que los médicos rurales tendrían—más que los urbanos—hijos chicos y grandes. Los resultados confirmaron la hipótesis: casi el 70% de los médicos rurales tenían hijos menores y mayores de 10 años; en esa situación estaba el 63,7% de los médicos del resto del país y el 59% de los médicos del Distrito Federal (cuadro 4). Esta es una muestra más de la integración del médico a la sociedad, adoptando sus patrones de conducta incluso en aspectos tan específicos como la fertilidad y la formación de la familia. Desde otro ángulo, el que el médico rural continúe teniendo hijos a pesar de que los mayores

Cuadro 3. Estado civil de los médicos del país, según el tamaño de la localidad donde ejercen (muestra nacional), México, 1973.

	Localidades hasta 10.000 hab.		Resto del país		Distrito Federal		Todo el país	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Solteros	20	12,7	250	10,0	126	11,1	270	10,2
Casados	135	85,4	2.191	88,1	990	86,8	2.326	88,0
Otros	3	1,9	45	1,8	24	2,1	48	1,8
Total	158	100,0	2.486	100,0	1.140	100,0	2.644	100,0

Cuadro 4. Médicos del país, según la edad de sus hijos, y tamaño de la localidad donde ejercen (muestra nacional), México, 1973.

	Localidades hasta 10.000 hab.		Resto del país		Distrito Federal		Todo el país	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Casados sin hijos	2	1,4	40	1,8	12	1,1	42	1,8
Con hijos menores de 10 años	1	0,7	40	1,8	16	1,5	41	1,7
Con hijos mayores de 10 años	40	28,4	739	32,7	404	38,4	779	32,5
Con hijos menores y mayores de 10 años	98	69,5	1.439	63,7	619	58,9	1.537	64,0
Total	141	100,0	2.258	100,0	1.051	100,0	2.399	100,0

estén estudiando en la ciudad, le presiona a no dejar sus fuentes de ingreso en la localidad, a no correr riesgos movilizándose hacia otra; es fácil imaginar al médico rural obteniendo ingresos de sus diversas fuentes de trabajo, y distribuyéndolos entre sus hijos preescolares locales, escolares menores tal vez también locales y escolares mayores y universitarios en las urbes.

En cuanto a la falta de fertilidad entre los médicos, parece ser mínima: no tenía hijos el 1,4% de los médicos casados rurales; el 1,8% en el resto del país y el 1,1% en el Distrito Federal. De estos grupos habría que restar a quienes no tenían hijos por ser aún muy corta su vida matrimonial. El no tener hijos o el tenerlos en un solo grupo de edad—menores o

mayores de 10 años—facilita al médico la movilidad geográfica. Por lo que a estos datos se refiere, el que los médicos rurales generen familias numerosas puede ser un factor de arraigo en el futuro, amén de que este tipo de familias pueden constituir estímulos para el progreso de la pequeña localidad en caso de que el espíritu colonizador (en el buen sentido del término) del padre, anime también a los hijos.

CARACTERÍSTICAS DEL EJERCICIO DE LA MEDICINA

En este capítulo analizaremos tres aspectos del ejercicio de la medicina. En primer lugar, el tipo de ejercicio en cuanto a la práctica privada, institucional o mixta—aspecto que está determinado por la estructura socioeconómica local. Revirtiendo esta relación, la distribución de los médicos según su tipo de ejercicio profesional se convierte en un indicador de organización económica de la sociedad. En segundo lugar se analiza el ejercicio de la medicina general y el de la medicina especializada, aspectos relacionados con la división social del trabajo, y por último se estudia el tema ingresos, comparando la importancia de los que provienen de la práctica médica con los que resultan de actividades ajenas a la medicina. En el análisis de los tres aspectos se continúa la comparación entre médicos rurales y el resto de los médicos del país.

Tipo de ejercicio, institucional, privado y mixto

Habitualmente se cree que la medicina institucional, organizada para atender a los sectores más necesitados, predomina en las localidades pequeñas, en tanto que la medicina privada, por ser lucrativa, se concentraría más en las ciudades.

De los médicos de todo el país, la mayoría 56,4%, ejercía en forma mixta, o sea trabajaba en una institución y ejercía además la medicina privada; el 25,2% ejercía exclusivamente la medicina privada, y una proporción menor, el 18,4%, ejercía exclusivamente como médico institucional (cuadro 5). Al comparar estos resultados, la medicina privada es aún más importante, proporcionalmente, en el medio rural: el 40% de los médicos rurales ejercía exclusivamente la medicina privada y el 49% ejercía en forma mixta. Solo el 11% era médico institucional exclusivo. Si a los médicos privados exclusivos se suman los que ejercían simultáneamente la práctica privada y la institucional, resulta que en una u otra forma el 89% de los médicos rurales practicaban la medicina privada.

Cuadro 5. Médicos del país, según su práctica privada, institucional y mixta, y el tamaño de la localidad donde ejercen (muestra nacional), México, 1973.

	Localidades hasta 10.000 hab.		Resto del país		Distrito Federal		Todo el país	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Medicina privada	63	39,6	602	24,2	250	21,9	665	25,2
Medicina institucional	18	11,3	470	18,9	250	21,9	488	18,4
Medicina mixta	78	49,1	1.413	56,9	644	56,2	1.491	56,4
Total	159	100,0	2.485	100,0	1.144	100,0	2.644	100,0

Dadas las condiciones actuales de la enseñanza de la medicina y las políticas en el campo de la salud-enfermedad, resulta difícil esperar un apoyo global a la medicina privada para el medio rural. Sin embargo, estos resultados obligan a pensar en las dificultades que tiene la medicina institucional para llegar a las poblaciones pequeñas, al menos dentro del esquema habitual de instalaciones físicas costosas, trabajo en equipo, etc. Parece lógico que el médico privado, más ágil que la organización institucional, pueda, con menos costos de inversión y mantenimiento, instalarse en una localidad pequeña y crecer paulatinamente, incorporándose a ella.

Una alternativa para la medicina institucional es agilizar la instalación de médicos acordes con la realidad local, evitando los "pies pesados" de las estructuras complejas. Otra posibilidad es considerar a la medicina privada, en el medio rural, no como un retroceso histórico en la evolución social sino como un adelanto respecto a las épocas premédicas, o sea que el tener médico, cualquiera sea su tipo de funcionamiento económico, es mejor para la población que el no tenerlo. Es posible también que a la luz de los requerimientos locales y nacionales se encuentren otras opciones para incrementar la medicina rural evitando las contradicciones que surgirían de un simple e indiscriminado apoyo a la medicina privada.

Medicina general y de especialidades

Mucho se insiste en la necesidad de formar médicos generales más que especialistas; García (6) ha mostrado el conjunto de factores sociales y educativos que conspiran contra esa intención. A los médicos entrevista-

dos se les preguntó a qué se dedicaban más dentro de su ejercicio profesional. De los médicos en las localidades pequeñas, el 52% respondió que lo que más hacía era medicina general; los demás, 48%, se dedicaba más a alguna especialidad. En el resto del país solo el 20% se dedicaba a la medicina general y el 80% a alguna especialidad (cuadro 6). Esta diferencia se acentúa al considerar algunas especialidades que en las localidades pequeñas se ejercen casi como medicina general: la cirugía general, la pediatría y la gineco-obstetricia. Si se incluye a los médicos que ejercían prioritariamente alguna de estas tres disciplinas, resulta que en las localidades rurales el 88% de los médicos ejercían medicina general y solo el 12% se dedicaban a algunas especialidad menor. Esa inclusión elevaría en el resto del país a 56% la proporción de médicos que ejerce la medicina general. Sin embargo, a diferencia de la práctica médica en una localidad pequeña donde el pediatra es de hecho un médico que también ve adultos, en la gran ciudad el pediatra es especialista exclusivo de niños. Lo mismo ocurre con el cirujano y con el gineco-obstetra, quienes en las ciudades grandes ven exclusivamente pacientes de su especialidad, y en las pequeñas atienden también pacientes de todo tipo y edad. Dentro de esa variabilidad, la medicina general es ejercida por entre el 52% y el 88% de los médicos rurales y por entre el 20% y el 56% de los médicos en el resto del país. La explicación de este fenómeno descansa, a nuestro juicio, en la división social del trabajo. En las grandes concentraciones urbanas hay pacientes suficientes para mantener a un especialista y hasta a subespecialistas de la medicina. En las demás localidades, conforme el número de habitantes decrece, es menor la posibilidad de trabajo para especialistas. Llega un momento, en la localidad pequeña, que incluso para un médico general no hay suficientes pacientes que lo tengan ocupado todo el día.

Cuadro 6. Médicos del país, según su práctica general o especializada y tamaño de la localidad donde ejercen (muestra nacional), México, 1973.

	Localidades hasta 10.000 hab.		Resto del país		Distrito Federal		Todo el país	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Médicos generales	83	52,2	502	20,2	152	13,3	585	22,1
Médicos especialistas	76	47,8	1.986	79,8	992	86,7	2.062	77,9
Total	159	100,0	2.488	100,0	1.144	100,0	2.647	100,0

Tal vez con pocas horas es suficiente para atender a toda la demanda de servicio médico, es decir que no hay trabajo para un médico general de tiempo completo. Hasta ahora eso se resuelve por la migración del médico a localidades mayores, por la atención alterna a varias localidades cercanas, o por la ocupación del médico en actividades no médicas. La primera alternativa, o sea emigrar a localidades de mayor tamaño, responde a la formación tradicional del médico que lo considera un profesional de tiempo completo. Las otras dos representan una adaptación a las condiciones locales, conservando en el primer caso la calidad de médico de tiempo completo al prestar servicios a diversas localidades.

La realización de actividades no médicas representa una ruptura con la formación que el médico traía, y una adaptación a la división social del trabajo en función de las alternativas que la localidad ofrece ya no solo al médico sino al hombre polifacético y productivo. ¿Hasta dónde estas actividades de hombres médicos establecen diferencia entre los médicos rurales y los médicos urbanos? Un indicador al respecto lo constituye las fuentes de ingresos de los médicos, dentro y fuera de la medicina.

Ingresos dentro y fuera de la medicina

El promedio mensual de ingresos en la muestra nacional de médicos fue de 11.480 pesos (cuadro 7); tres años antes, el Censo General de Población de 1970 señaló que solo el 0,09% de la población económicamente activa del país tenía ingresos superiores a 10.000 pesos mensuales. No puede negarse que dentro de este aspecto el médico se encuentra entre los estratos altos de la pirámide económica, como tampoco puede negarse el

Cuadro 7. Promedio mensual de los ingresos totales de los médicos, según su edad y el tamaño de la localidad donde ejercen (muestra nacional), México, 1973.

	Localidades hasta 10.000 hab.		Resto del país		Distrito Federal		Todo el país	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
20-34 años	56	6.927	523	9.026	244	8.849	579	8.822
35-49 años	50	9.780	1.053	12.689	492	12.545	1.103	12.558
50 años o más	25	11.009	528	12.164	262	13.101	553	12.111
Totales ajustados	131	9.346	2.104	11.605	998	11.723	2.235	11.480

descenso que dentro de esa pirámide está sufriendo el médico como consecuencia de su progresiva proletarización. Sin embargo, la parte que nos interesa ahora dentro de este tema es la importancia que pueden tener los ingresos extramédicos según el tamaño de la localidad donde el médico ejerce.

De los 11.480 pesos que los médicos del país ganaban en promedio al mes, 831 (7,2%) provenía de fuentes ajenas a la medicina. En las localidades rurales los médicos ganaban en promedio 9.346 pesos mensuales y de ellos, 1.721 (18,4%) provenían de fuentes extramédicas. Esto señala que el médico rural tiene mayor contacto con diversas actividades económicas de la sociedad, y mayor participación en dichas actividades. Puede ser resultante de una necesidad, al ser insuficientes los ingresos de una práctica médica realizada en localidades pequeñas y de escasos recursos; puede también ser resultante de la oportunidad, por tener el médico rural acceso a diversas áreas de la vida individual, familiar y colectiva, en mayor grado que el médico urbano. También puede interpretarse como una resultante de la menor división social del trabajo en la sociedad rural, donde un médico de dedicación exclusiva a la medicina es menos viable económica y socialmente, teniendo que realizar otras actividades económicamente productivas para adecuarse a la sociedad local. No solo el médico, sino cualquier otro profesional o técnico, difícilmente puede ser de dedicación exclusiva en una localidad donde aún es baja la división social del trabajo.

En cuanto a los ingresos extramédicos y arraigo del médico, en el Distrito Federal, los médicos que tenían entre 20 y 34 años percibían 590 pesos de fuentes ajenas a la medicina; en ese mismo lugar, los médicos de 50 años y más percibían por este concepto 1.730 pesos (casi tres veces más que sus colegas jóvenes). Esto destaca la importancia creciente de los ingresos extramédicos conforme avanza la edad del médico, lo que parece apuntar hacia una mayor integración a la sociedad y a una compensación por la baja de ingresos dentro de la medicina cuando se llega a edades avanzadas.

El mismo fenómeno se acentúa en las localidades rurales. En ellas los médicos jóvenes (20-34 años) percibían 315 pesos mensuales de fuentes extramédicas, en tanto que los mayores de 50 años percibían 4.162 (13 veces más). Esta última cantidad representaba el 38% de los ingresos de los médicos rurales mayores de 50 años.

Las cifras anteriores señalan que los ingresos extramédicos no solo son más importantes en el campo que en la ciudad, sino que su importancia aumenta grandemente conforme avanza la edad del médico. Explica tam-

bién por qué conforme transcurre más tiempo viviendo en la localidad rural, se incrementa la probabilidad de que el médico permanezca en ella. Por otra parte, explica por qué los programas de atención médica que se basan en la estancia temporal de médicos jóvenes que solo ejercen la medicina y no se incorporan económicamente a la sociedad, fracasan en cuanto a la permanencia de los médicos en el lugar. La dependencia de una sola fuente de ingresos, especialmente si esta se encuentra en una metrópoli lejana, no favorece el arraigo del médico ni su incorporación a la sociedad, salvo que esta pueda utilizar plenamente sus servicios profesionales, lo cual no es el caso de la pequeña localidad rural.

En términos aplicativos esta situación puede enfocarse desde ángulos muy diversos, desde las críticas a la medicina mercantilista—véase por ejemplo lo que escribe Illich (7)—hasta el reconocimiento de una realidad susceptible de multiplicar. Dentro de esta concepción la alternativa es simple: o se continúa con patrones ideales sobre atención médica paternalista, pretendiendo imponer médicos de dedicación exclusiva donde no van a ser plenamente utilizados, o se encuentran formas alternativas para multiplicar lo existente en programas ideológica, económica y políticamente viables. La experiencia demuestra que si se mantiene el mismo arquetipo de médico el campo seguirá sin médicos y las urbes seguirán llenándose de médicos subempleados o desempleados. El médico rural que hemos encontrado—hombre económicamente polifacético y activo—no corresponde al arquetipo aceptado por la sociedad urbana; corresponde a la realidad, que lo acepta y lo incorpora a ella: la realidad rural.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Los datos aportados por la encuesta en la muestra nacional de médicos contribuyen a esbozar un “perfil del médico rural en México” que obviamente tendrá que ser completado por investigaciones ulteriores, pues nunca se contará con suficiente información como para asegurar que se conoce a dicho médico en su totalidad. De los resultados que obtuvimos se desprende que el médico que labora en localidades de menos de 10.000 habitantes (1973; en el texto se discute el concepto de localidad rural según número de habitantes) son en promedio tres años más jóvenes que los médicos de todo el país (40,7 contra 43,4 años respectivamente), que predominan los hombres (95,6% en el medio rural y 92,4 nacional), y que a pesar de haber una ligera menor proporción de casados (85,4% contra

88,1%) en la muestra total, son más prolíficos que sus colegas metropolitanos. Todo esto indica que, desde el punto de vista demográfico, las características de los médicos rurales no difieren grandemente de las del resto de los médicos del país; la diferencia de edad señala un mayor reemplazo de médicos en el medio rural, ya que la llegada de médicos jóvenes pesa en el promedio. Este fenómeno, sin embargo, puede deberse no solo al reemplazo sino al incremento de jóvenes, pero ambos factores no son tan significativos como para establecer una diferencia sustancial entre las edades de unos y otros.

Las diferencias en el ejercicio de la medicina fueron mayores: los médicos en el medio rural ejercen proporcionalmente más la medicina privada que la institucional; ejercen más la medicina general que la especializada, y en comparación con sus colegas urbanos obtienen más ingresos de fuentes extramédicas.

Respecto al primer aspecto—práctica privada y práctica institucional de la medicina—podría esperarse que las instituciones organizadas para atender a la población de menos recursos, predominen en el medio rural; pero en este medio el 40% de los médicos ejercen exclusivamente la medicina privada y el 11% exclusivamente la medicina institucional. En todo el país (muestra) los porcentajes son respectivamente 25% y 18%. Esto resulta explicable por cuanto dentro de los esquemas actuales de atención médica institucional—básicamente hospitalaria y de equipo complejo, con alta inversión y administración—resulta incosteable atender a más de 90.000 localidades de menos de 10.000 habitantes que hay en el país. La medicina privada, de menor inversión y mayor agilidad, se instala más fácilmente en esas localidades.

La predominancia de la medicina general sobre la especializada en el medio rural es producto, por una parte, de la menor concentración demográfica por localidad, y de la menor división social del trabajo. Así como en muchas localidades no hay pacientes suficientes para ocupar plenamente a un oftalmólogo, hay otras donde ni siquiera es posible ocupar plenamente a un médico general. Esto se relaciona con el último aspecto analizado, el de la procedencia de los ingresos de los médicos. En el medio rural son más importantes que en el urbano las fuentes ajenas a la medicina, y esa importancia aumenta conforme avanza la edad del médico. En la muestra total, solo el 7,2% de los ingresos de los médicos provenía de fuentes extramédicas; en el medio rural ese porcentaje fue de 18,45%, llegando al 38% entre los médicos rurales mayores de 50 años. Esta relación del médico rural con actividades económicas ajenas a la medicina tiene importancia en cuanto al arraigo del médico. El médico que llega

joven a una pequeña localidad, comprometido a trabajar dentro del arquetipo de médico de la sociedad urbana (o sea médico de dedicación exclusiva) y dependiendo de un salario metropolitano, se ve sujeto a una situación opuesta a su potencial arraigo local: subocupado, ajeno a la realidad local, dependiente de una estructura ajena y, frecuentemente, considerando a la "comunidad" como objeto de su trabajo, es muy difícil que establezca lazos de arraigo. Su dependencia económica, a la cual se ligan muchas otras, lo vincula a la institución metropolitana y a sus directrices conceptuales; con esa vinculación y sin fuerzas que lo retengan, su tendencia será a volver a la metrópoli.

En el otro extremo, el médico que desde un principio empieza a vincularse a diversas actividades de la sociedad local, se ve paulatinamente ligado a ella en lo afectivo, en lo económico y en lo profesional; tiene más oportunidades de ocupar su tiempo plenamente y la medicina la ejerce en función de la demanda real, la cual crecerá en función de su buen desempeño y de la aceptación que logre en la sociedad no solo como médico sino como persona. Dentro de este contexto, el médico rural que se incorpora a la sociedad y que arraiga en ella no es solo médico, es un hombre-médico que realiza diversas actividades, entre ellas la medicina. Así visto, resulta lógico que el médico capaz de arraigar en el medio rural es un arquetipo diferente al hasta ahora aceptado, un arquetipo que ha existido por milenios pero que resulta nuevo dentro de los paradigmas de la sociedad actual; falta ver si es posible legitimarlo para que en el futuro haya perspectivas reales de incrementar la medicina en el campo sin obligar a este a que se urbanice para darle atención con el arquetipo tradicional de médico.

En conclusión, los resultados de este estudio muestran que el médico rural en México tiene características que lo diferencian del médico urbano, especialmente en lo que se refiere al tipo de medicina que ejerce y la importancia que actividades no médicas tienen para unos y otros. Creemos que esas diferencias son producto de los diversos medios en que los médicos viven, en lo demográfico, en lo económico, y más particularmente en el diferente grado de división social del trabajo; los médicos adaptados a cada medio distinto, son distintos entre sí.

Desde el punto de vista aplicativo, esta conclusión señala una alternativa para mejorar la atención médica al campo: en lugar de intentar la urbanización del campo para que este pueda acceder a los esquemas de atención médica urbana; en lugar de seguir formando exclusivamente médicos que funcionan dentro de esos esquemas, existe la posibilidad de tomar como eje a la realidad rural y organizar la atención médica y la for-

mación de suficientes médicos en función de esa realidad. Esto no significa suspender la formación de médicos dentro del arquetipo urbano; no significa tampoco formar un solo tipo de médico "el médico que el país necesita"; si el país es polifacético requerirá de muchos tipos de médicos. Por ahora nos asomamos a dos de esos tipos: el urbano, viejo conocido, y el rural, que no es un médico de dedicación exclusiva sino un hombre-médico acorde con la demografía, la estructura económica y la totalidad de la vida rural.

RESUMEN

Una encuesta en una muestra nacional de médicos permitió detectar ciertas características que contribuyen a conocer el perfil del médico rural en México. En este artículo se discuten algunos hallazgos en función del arraigo del médico en la localidad rural.

El hallazgo más relevante es que el médico rural realiza (en mucho mayor grado que el médico urbano) diversas actividades productivas ajenas a la medicina. Esto se explica porque en la localidad rural la baja concentración demográfica y la escasa división social del trabajo dificultan la ocupación plena de quien se dedica a una sola disciplina. El médico que arraiga en ese medio tiene entonces que romper con su formación urbana y ser en principio un hombre que se incorpora económica y socialmente a la sociedad local, para poder ejercer sus profesión de acuerdo con la demanda real.

Por otra parte, en el medio rural no solo predomina la medicina general sobre la especializada sino que entre menor es la localidad más predomina la medicina privada sobre la institucional. Esto es producto, por una parte, de la estructura económica rural que favorece las relaciones precapitalistas o capitalistas comerciales (preindustriales). Por otra parte, es producto del enfoque actual de la medicina institucional, que la convierte en un aparato poco ágil y de altos costos, incapaz de cubrir a la dispersa población rural.

Los hallazgos sugieren nuevas opciones para el campo docente, especialmente alrededor del hombre-médico que parece requerir el medio rural. En lo aplicativo abre posibilidades no solo para la medicina privada sino para múltiples opciones institucionales no basadas en la urbanización del medio rural sino en la ruralización del pensamiento, del médico y de la atención médica. Eso significa aceptar la realidad rural y conocerla antes de intentar su cambio.

El autor considera que los hallazgos y las deducciones que de ellos se hacen son aplicables no solo a México sino a otros países de estructura o de intereses similares, tanto en materia de atención médica como en otros campos que se ocupan del bienestar humano.

REFERENCIAS

- (1) Organización Panamericana de la Salud, Departamento de Recursos Humanos: "Recursos humanos en las Américas: estadísticas básicas". Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud, Documento 19, HR/OOP/D/19, 1973.
- (2) La información sobre población es del Censo General de Población, 1970. La información sobre los médicos procede de la investigación: "El ejercicio de la medicina en México". Collado, R. Departamento de Medicina Social, Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México, y se refiere a 1973.
- (3) Collado, R., y T. J. García. La actitud de los médicos en México respecto a los curanderos. *Salud Pública de México* 17(4):465, 1975.
- (4) La investigación: "El ejercicio de la medicina en México" se realizó mediante cooperación entre la Facultad de Medicina y el Instituto de Investigaciones Sociales, ambos de la UNAM; en 1972-1973 se entrevistó a una muestra nacional aleatoria de cerca del 7% de los médicos del país. Se realizaron 2.644 entrevistas en las que se aplicó un cuestionario de 86 preguntas. El procesamiento de la información se realizó en el Centro de Investigaciones de Matemáticas Aplicadas y Sistemas, de la UNAM.
- (5) Parker, R. C. y cols. Social, economic and demographic factors affecting physician population in upstate New York. *NY State J Med*, marzo, 1969, págs. 706-707.
- (6) García, J. C. *La educación médica en América Latina*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica 255. Washington, D.C., 1972.
- (7) Illich, I. *Némesis médica. La expropiación de la salud*. México, D.F., Barral Editores, 1975.

PROFILE AND ESTABLISHMENT OF THE PHYSICIAN IN RURAL MEXICO (*Summary*)

A survey made of a national sample of physicians revealed certain characteristics which contribute to an understanding of the rural physician's profile in Mexico. Some findings regarding the physician's settling in a rural location are discussed in this article.

The most relevant finding is that the rural physician (much more than the urban physician) performs several productive activities unrelated to medicine. This is because in a rural location, the low demographic concentration and scarce social division of labor make it difficult for the individual who is devoted to a single activity to be fully occupied in it. Hence, the physician who settles in this sector has to break from his urban training and be, at first, a man who incorpo-

rates himself in the local society both in the economic and social aspects, in order to practice his profession in accordance with actual needs.

Moreover, in the rural sector, general medicine predominates over specialized medicine, and the smaller the location, the more private medicine predominates over institutional medicine. This is a result of the rural economic structure which favors precapitalist or capitalist commercial (pre-industrial) relationships. Likewise, it is a product of the current tendency in institutional medicine which converts it into an inflexible costly apparatus, unable to cover the scattered rural population.

The results suggest new alternatives for the educational field, especially in relation to the physician-man who seems to be required by the rural sector. With regard to its application, such research opens possibilities for private medicine and represents many institutional alternatives not based on rural sector urbanization but on the ruralization of thought, physician, and medical care. That means accepting the rural reality and knowing it before trying to change it.

The author considers that these findings and the conclusions derived from them are applicable not only to Mexico, but to another countries with a similar structure or interests in relation to medical care as well as other areas of human welfare.

PERFIL E RADICAÇÃO DO MÉDICO NO MEIO RURAL DO MÉXICO (Resumo)

Uma pesquisa numa amostragem nacional de médicos permitiu detectar certas características que contribuem para se conhecer o perfil do médico rural no México. Nesse artigo discutem-se alguns resultados em função da radicação do médico no meio rural.

O resultado mais relevante é que o médico rural realiza (num grau muito maior do que o médico urbano) diversas atividades produtivas alheias à medicina. Isso se explica porque no meio rural a baixa concentração demográfica e a escassa divisão social do trabalho dificultam a ocupação plena de quem se dedica a uma só disciplina. O médico que se radica nesse meio tem, então, que romper com sua formação urbana e ser em princípio um homem que se incorpora econômica e socialmente à sociedade local, para poder exercer sua profissão de acordo com a demanda real.

Por outro lado, no meio rural não só predomina a medicina geral sobre a especializada, mas também quanto menor a localidade mais predomina a medicina privada sobre a institucional. Por um lado, isso é produto da estrutura econômica rural que favorece as relações pré-capitalistas ou capitalistas comerciais (pré-industriais). Por outro lado, é produto do enfoque atual da medicina institucional, que a converte num aparato pouco ágil e de alto custo, incapaz de cobrir a dispersa população rural.

Os resultados sugerem novas opções para a docência, especialmente em torno do homem-médico que parece requerer o meio rural. Na prática, abre possibilidades não só para a medicina privada mas também para múltiplas opções institucionais baseadas não na urbanização do meio rural mas na ruralização do pensamento, do médico e do atendimento. Isso significa aceitar a realidade rural e conhecê-la antes de tentar mudá-la.

O autor considera que os resultados e as deduções se aplicam não só ao México mas também a outros países de estrutura ou interesse semelhante, tanto em matéria de cuidados médicos como em outros campos que se ocupam do bem-estar humano.

PROFIL ET ENRACINEMENT DU MÉDECIN DANS LE MILIEU RURAL AU MEXIQUE (*Résumé*)

Une enquête effectuée sur un échantillon national de médecins a permis de déceler certaines caractéristiques qui contribuent à définir le profil du médecin rural au Mexique. Dans cet article sont décrites certaines constatations en fonction de l'enracinement du médecin dans la localité rurale.

La constatation la plus pertinente est que le médecin rural se livre (dans une proportion beaucoup plus grande que son homologue urbain) à diverses activités productives étrangères à la médecine. Cela s'explique par le fait que, dans la localité rurale, la faible concentration démographique et le peu de stratification sociale du travail permettent difficilement d'occuper pleinement quiconque ne se livre qu'à une seule discipline. Par conséquent, le médecin qui s'installe en milieu rural doit rompre avec sa formation urbaine et devenir en principe un homme qui s'incorpore économiquement et socialement à la société locale pour pouvoir exercer sa profession conformément à la demande réelle.

D'autre part, en milieu rural, non seulement la médecine générale prédomine-t-elle sur la spécialité, mais plus la localité est petite, plus la médecine privée l'emporte sur la médecine institutionnelle. Cela est dû en partie à la structure économique rurale qui favorise les relations précapitalistes ou capitalistes commerciales (préindustrielles). D'autre part, cela est dû à l'orientation actuelle de la médecine institutionnelle, qui a tendance à devenir un appareil peu souple et très coûteux, incapable de servir une population rurale éparse.

Ces constatations tendent à suggérer de nouvelles options pour le domaine de la formation, notamment en ce qui concerne le médecin dont paraît avoir besoin le milieu rural. Sur le plan de l'application, cela ouvre des possibilités non seulement pour la médecine privée, mais aussi de multiples options institutionnelles non fondées sur l'urbanisation du milieu rural, mais sur la ruralisation de la pensée, du médecin et des soins de santé. Cela suppose que l'on accepte la réalité

rurale et que l'on s'efforce de la comprendre plutôt que de tenter de la transformer.

L'auteur estime que ces constatations, et les déductions qui en découlent, sont valables non seulement pour le Mexique, mais aussi pour d'autres pays aux structures et aux intérêts semblables, tant en ce qui concerne les soins de santé que dans d'autres domaines qui traitent du bien-être humain.

Salud animal y atención primaria de salud¹

MANUEL MORO²

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

En 1977 la 30^a Asamblea Mundial de la Salud acordó que la principal meta social de los gobiernos y de la OMS en los próximos decenios sería alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva, meta que se conoce como "salud para todos en el año 2000".

La atención primaria de salud ha sido aceptada por los Gobiernos Miembros de la Organización Mundial de la Salud como estrategia principal para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 que es parte del desarrollo dentro del espíritu de justicia social. Forma parte integral del sistema de salud de cada país en el que constituye la función central y el núcleo principal.

La atención primaria se ha definido como "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación."³

Básicamente, se trata de una estrategia para el logro de la salud de toda la población y su puerta de entrada al sistema de salud. Implica la participación activa y deliberada de la comunidad organizada en la promoción, cuidado y restauración de la salud individual y colectiva. La atención primaria no debe ser confundida con los niveles de atención a la salud, ni aun solo con el primer nivel. Estos niveles son parte del proceso de atención médica e inducidos por la atención primaria.

¹Trabajo presentado al Seminario Latinoamericano de Educación Veterinaria y Atención Primaria de Salud celebrado en Asunción, Paraguay, del 4 al 27 de octubre de 1982.

²Asesor Regional en Medicina Veterinaria, Programa de Salud Pública Veterinaria, Organización Panamericana de la Salud.

³*Alma-Ata 1978: Atención primaria de salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978 (Serie "Salud para todos", No. 1), págs. 3-4.

La atención primaria exige un criterio multidisciplinario y multisectorial, lo cual extiende la participación del sector agrícola—y dentro de este el de la salud animal—a las actividades de salud pública, incrementando la disponibilidad de alimentos proteínicos de origen animal, reduciendo el riesgo de las zoonosis, los factores de riesgo asociados con la contaminación del medio ambiente causados por los animales y sus desechos y mejorando la calidad de la vida humana. Por todas estas razones, los Gobiernos de las Américas han incluido las actividades de salud animal dentro del Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales para lograr la meta de salud para todos en el año 2000. Es indudable que la profesión veterinaria en nuestra Región debe orientar sus estrategias para integrarse eficazmente al criterio de atención primaria y aplicar sus principios en todas las actividades de salud pública veterinaria.

COMPONENTES BASICOS DE LA ATENCION PRIMARIA

Participación de la comunidad

Esta participación es una condición indispensable para que el proceso de atención primaria pueda desarrollarse en toda la magnitud y calidad requerida para que sea eficaz. La participación de la comunidad crea en las personas un sentido de responsabilidad por su propio bienestar y el de la colectividad. Cuando se trata de actividades de atención primaria la participación de la comunidad capacita a individuos y comunidades para convertirse en agentes de su propio desarrollo.

La salud animal desempeña una función vital en el fomento de la participación de la comunidad en actividades de atención primaria de salud. El médico veterinario y los asistentes de salud animal mantienen un estrecho vínculo con las actividades agrícolas. Los animales domésticos ocupan un lugar especial dentro de la estructura socioeconómica rural porque sirven como fuente de ingresos, alimento, compañía, transporte de carga, producción combustible, abrigo contra el frío, etc. Debido a que los animales tienen que ser atendidos dentro de las propias comunidades por los veterinarios y los técnicos de salud animal este personal disfruta de la confianza no solo de los agricultores, sino también de las familias y de la comunidad entera. Esto brinda una oportunidad que se debe aprovechar para fomentar la participación de la comunidad en actividades de salud pública veterinaria, por ejemplo, en la lucha contra las zoonosis,

tales como la rabia canina, la brucelosis, la hidatidosis, o en caso de intoxicaciones alimenticias.

Ampliación de la cobertura

La finalidad de la ampliación de la cobertura es hacer accesibles a toda la población servicios de salud convenientes en cuanto a tiempo, contenido, distancia y recursos médicos. La cobertura de los servicios tiene que extenderse según las posibilidades y modalidades más adecuadas para cada país, sin perder de vista los objetivos que se desean lograr. Por lo tanto, la ampliación de la cobertura de los servicios de salud entraña tres componentes fundamentales: acceso de la población a los servicios, disponibilidad de recursos, y un sistema técnico-administrativo para la prestación de servicios que respondan a las necesidades y aspiraciones de la población.

El acceso de la población a los servicios, a su vez, tiene tres elementos principales: la existencia de una oferta sostenida y regular de servicios; el ajuste cuantitativo y de organización de los servicios para adaptarlos a la magnitud de la demanda y a la estructura de la población y de sus problemas o necesidades en materia de salud; y la aceptación, por parte de las comunidades, no solo de los servicios, sino de su participación en la prestación de estos.

Los programas de salud animal y salud pública veterinaria contribuyen en forma efectiva a los siguientes aspectos relacionados con la extensión de la cobertura:

- aseguran un incremento de alimentos y nutrición apropiada mediante la prevención y control de enfermedades animales que reducen la producción de carne, leche y huevos;
- aseguran un suministro de agua salubre y saneamiento básico realizando un control adecuado de animales extraviados y de animales reservorios de enfermedades y la eliminación adecuada de desechos de origen animal;
- mejoran los servicios de atención materno-infantil asegurando el suministro de leche y subproductos lácteos sanos y proporcionando una protección adecuada a los alimentos de origen animal;
- aseguran la producción de productos biológicos que proporcionen al hombre una inmunización segura contra las principales enfermedades infecciosas, suministrando animales para la preparación y control de los productos biológicos y para las investigaciones sobre la preparación de nuevas vacunas en modelos animales.

La atención primaria obliga a fortalecer los servicios existentes, a revisar las estructuras, el funcionamiento, los planes y los programas de administración de salud de cada país, puesto que implica nuevos enfoques en el cuidado de la salud de la población; por ejemplo: llevar los servicios al lugar donde se presentan los problemas; impulsar la participación de otros sectores del desarrollo económico y social, incluso la comunidad beneficiada; regionalizar la atención médica a nivel nacional según los recursos de cada país, y organizar la atención por niveles, incluida la atención ambulatoria.

Los programas de salud animal colaboran en el fortalecimiento de los servicios, a través de los laboratorios veterinarios que apoyan los servicios médicos en las zonas rurales, las evaluaciones farmacológicas y el tratamiento clínico de casos de zoonosis como la rabia.

Definición de los grupos prioritarios y más vulnerables

La atención primaria procura beneficiar a toda la población; no obstante, es conveniente definir los grupos prioritarios que deben ser atendidos, teniendo en cuenta la disponibilidad de los recursos. Estos grupos deben ser los más vulnerables y los más necesitados; los más expuestos a los riesgos de enfermedad, invalidez o muerte según las definiciones epidemiológica, política, social y cultural. Corresponden a los que viven en condiciones de extrema pobreza en zonas rurales y urbanas, especialmente madres y niños pequeños, trabajadores e individuos de edad avanzada.

Los programas de salud animal y salud pública veterinaria colaboran obteniendo información sobre los grupos de población vulnerables a las zoonosis. Un comité de expertos de la OMS en zoonosis bacterianas y víricas que se reunió en Ginebra, en septiembre de 1981, identificó siete grupos de personas expuestas a unas 134 infecciones distintas de mamíferos, aves y otros vertebrados, causadas por virus, bacterias o formas intermedias (cuadro 1). Esta amplia gama de infecciones se transmite de los animales a las personas no solo por mordeduras u otros contactos directos o indirectos con animales vivos o muertos, sino también a través de productos animales como la carne, la leche, los huevos, la lana, las pieles, etc. Algunas de las zoonosis más importantes afectan también a poblaciones que consumen alimentos de origen animal, ingiriéndolos muchas veces sin haberlos preparado o cocinado adecuadamente. Otras zoonosis pueden difundirse por vía aérea, a través de aerosoles o polvo, exponiendo así a la infección a todas las personas que penetran en ciertos medios artificiales o naturales, y hay otras que pueden ser transmitidas por insectos.

Cuadro 1. Poblaciones y grupos profesionales más expuestos a las infecciones zoonóticas.^a

Grupo	Componentes
I Agricultura	Granjeros, obreros agrícolas, veterinarios, inspectores de ganado, transportistas de ganado y, a menudo, sus familiares
II Producción animal	Carniceros, matarifes, obreros de mataderos y de instalaciones frigoríficas; preparadores y manipuladores de carne, leche, huevos, cueros, pieles y otros productos animales; preparadores y manipuladores de subproductos y desechos de animales, así como de animales muertos
III Actividades relacionadas con los bosques y el campo	Trabajadores en contacto con la flora y la fauna salvajes, personal forestal, cazadores, tramperos, taxidermistas, pescadores, naturalistas, ecólogos, guardabosques, exploradores y buscadores de recursos naturales (v.g., petróleo y minerales), trabajadores de obras públicas (v.g., embalses, autopistas, oleoductos), excursionistas, turistas
IV Actividades recreativas	Comerciantes de animales de compañía (domesticados y salvajes); propietarios de animales domésticos, así como sus familiares y visitantes; empleados y visitantes de parques zoológicos y de reservas de fauna salvaje; veterinarios
V Laboratorio	Profesionales de salud, investigadores, técnicos, guardianes de animales de laboratorio, otros manipuladores de animales o tejidos animales (v.g., para el diagnóstico de enfermedades humanas o veterinarias, la investigación, la fabricación de productos biológicos y las pruebas de inocuidad de los productos)
VI Epidemiología y clínica	Médicos, enfermeras, veterinarios, otros profesionales de la salud y personal paramédico en contacto con personas o animales enfermos o con un medio ambiente muy contaminado en el curso de encuestas epidemiológicas o durante el tratamiento de casos hospitalizados
VII Situaciones de urgencia	Refugiados, víctimas de desastres, participantes en grandes peregrinaciones, otras aglomeraciones de personas en circunstancias de tensión o de hacinamiento pasajeros, o privadas de las condiciones usuales de alimentación, vivienda, saneamiento, etc.

^aReimpreso de Schwabe, C. Patología animal y atención primaria de salud: problemas intersectoriales. *Crónica de la OMS* 35(6):251, 1981. El cuadro se basa, con algunas modificaciones, en *Zoonosis Bacterianas y Víricas*, Informe del Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos No. 682, 1982.

tos y otros artrópodos que a veces dan lugar a una amplia exposición humana.

El número de víctimas de muchas de estas 134 zoonosis bacterianas y víricas no es insignificante y, por lo común, las cifras reales están enmascaradas por el subdiagnóstico, que puede alcanzar grandes proporciones. Sin embargo, en nuestro hemisferio algunas zoonosis afectan año tras año a un gran número de habitantes. Por ejemplo, la cisticercosis humana afecta el sistema nervioso central de unas 300.000 personas, y los ojos y apéndices de otras 130.000, con una elevada tasa de mortalidad. En la

zona costera de Les Cayes, al sur de Haití, donde solamente la mitad del ganado está vacunado contra el ántrax o carbunco, se notifican anualmente más de 300 casos humanos. En Latinoamérica se notifican anualmente más de 3.000 casos humanos de brucelosis, y se estima que el número real de casos es de 5 a 10 veces más elevado. La media anual de rabia humana en la Región de las Américas es de 300 casos.

A esta importante carga de mortalidad y morbilidad humana, hay que añadir otros costos sociales y económicos de las zoonosis, que ocupan un lugar excepcional en la patología humana y a veces no se tienen debidamente en cuenta al establecer las prioridades presupuestales de los planes de desarrollo nacional. Usando la rabia como ejemplo cabe señalar que, debido a la presencia de esta enfermedad en nuestro hemisferio, cada año deben ser sometidas a tratamiento antirrábico 175.000 personas, a lo cual debe sumarse la ansiedad y preocupación que sufren las familias de las víctimas.

Un solo caso de rabia canina bien documentado, diagnosticado en California, E. U. A., costó \$105.790 a la colectividad: \$92.650 por el tratamiento profiláctico de 70 personas mordidas o expuestas al contacto del perro enfermo y \$13.140 en concepto de vacunación de 2.000 perros pertenecientes a residentes de la zona por donde circuló el perro rabioso. Además, hubo que eliminar a 300 perros y gatos vagabundos de la zona.

En cuanto a rabia bovina, en Latinoamérica se notifica un promedio anual de alrededor de 4.500 casos.

Aplicación de tecnología apropiada

La atención primaria debe basarse en una tecnología apropiada, es decir, en la utilización y coordinación adecuada de recursos técnicos asequibles cuya eficacia se conozca por experiencia. Algunas veces al tratar de emplearse técnicas complicadas, importadas de países desarrollados, se ha perdido la confianza de la comunidad. La aplicación de la tecnología apropiada se refiere no solamente a los medios materiales, sino también a los recursos humanos con que se cuenta. Por ejemplo, en ciertas regiones donde no existen ni recursos humanos ni materiales para hacer el diagnóstico de la rabia utilizando anticuerpos fluorescentes, pueden utilizarse eficazmente los métodos de observación de corpúsculos de Negri y la inoculación de animales de laboratorio. Algunos laboratorios han suspendido la producción de vacuna antirrábica en cerebro de ratón lactante CRL (Fuenzalida-Palacios), pese a que producían una vacuna activa, para tratar de producirla utilizando métodos de cultivo de tejidos sin tener

la infraestructura necesaria, y suspendiéndose por ello la producción de vacuna antirrábica.

Formación de recursos humanos

La atención primaria, como una nueva estrategia de la atención de la salud, obliga a preparar nuevo personal y a readiestrar al que existe en la actualidad en los servicios de salud. Esta preparación y adiestramiento deben comprender la doctrina del proceso y los métodos y procedimientos adecuados para hacerlo eficiente, eficaz y equitativo.

En los centros de educación veterinaria deben estimularse estudios tendientes al empleo de la tecnología apropiada para el control de las enfermedades y para la obtención de una mayor participación de la comunidad. Deben promoverse los programas de educación continua (cursos, seminarios, etc.), a fin de difundir los nuevos conocimientos en la prevención, control y erradicación de las enfermedades de los animales, protección e inspección de los alimentos, y otras materias pertinentes.

Los médicos veterinarios y asistentes de salud animal y salud pública veterinaria deben estar preparados para transmitir información sanitaria a los agricultores, ganaderos, avicultores, etc. Por ejemplo, una nota dirigida a ganaderos y avicultores podría redactarse de la manera siguiente:

- A fin de proteger su propia salud y la de su familia contra la zoonosis, aloje al ganado y aves en lugares limpios y bien ventilados, separados en lo posible de la vivienda humana.
- El agua y los piensos suministrados al ganado deben estar exentos de agentes que puedan resultar peligrosos para este.
- Siempre que adquiera nuevos animales cerciéndose de que se encuentran libres de tuberculosis, brucelosis y otras infecciones zoonóticas.
- A fin de mantener el ganado libre de enfermedades infecciosas, no utilice como sementales más que sus propios padrillos, toros, etc., exentos de zoonosis o recurra a la inseminación artificial.
- Los desperdicios y sobras solo deben utilizarse como piensos una vez hervidos, a fin de proteger el ganado contra las infecciones.
- Siempre que un animal muera súbitamente, cuando pueda tratarse de carbunco o se registre algún aborto, recurra inmediatamente a un médico veterinario o a un experto que le aconseje las medidas a seguir.

Cooperación intersectorial

Se considera que el principio de colaboración intersectorial en materia de atención primaria fomenta la movilización eficaz de todos los recursos

disponibles para la comunidad. Resulta de particular importancia la coordinación eficaz de las actividades del sector salud con las de los otros sectores a fin de establecer los mecanismos de apoyo necesarios para dar impulso a la atención primaria. Ese esfuerzo mancomunado es esencial en los países en desarrollo que tienen una infraestructura frágil y recursos limitados, a fin de garantizar la óptima utilización de los recursos disponibles y disminuir al mínimo la duplicación de esfuerzos. Un ejemplo de colaboración intersectorial a los niveles nacional y local es el control de la rabia canina y bovina por los sectores de salud y de agricultura. En algunos países exentos de fiebre aftosa y otras enfermedades exóticas como la peste porcina africana, se han creado comités nacionales de emergencia con la participación de delegados de los sectores de agricultura, salud, planificación y finanzas, justicia, seguridad nacional, transporte, asociaciones de ganaderos, etc. Los miembros de los comités tienen la responsabilidad de identificar y poner a disposición de estos los recursos existentes en cada sector o ministerio a fin de realizar eficazmente los programas nacionales tendientes a prevenir la entrada de enfermedades animales exóticas y a erradicar los casos que se presentan.

Cooperación técnica y económica entre países en desarrollo

La cooperación tanto técnica como económica es de particular importancia para los países en desarrollo. Conviene fomentar estos dos aspectos en el sector de salud pública veterinaria, puesto que representan un proceso que permite a los países compartir sus recursos y capacidad de desarrollo e intercambiar información sobre éxitos y fracasos.

La finalidad de la cooperación entre países es desarrollar la capacidad nacional y agilizar los intercambios técnicos y financieros para apoyar la atención primaria de salud. Los programas de prevención, control y erradicación de la fiebre aftosa y zoonosis a través de los Centros Panamericanos de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) y de Zoonosis (CEPANZO), constituyen un buen ejemplo de aplicación del principio de cooperación técnica y económica entre países en desarrollo.

RESUMEN

Como parte de la estrategia de atención primaria, los Gobiernos de las Américas han incluido entre las actividades de salud pública del Plan de Acción al sector agrícola y al de salud animal. Esto significa que ambos

sectores—agricultura y veterinaria—han de guiar sus labores con un criterio multidisciplinario y multisectorial, con participación plena de la comunidad. Es indudable, en consecuencia, que tanto los estudios como el ejercicio de la profesión veterinaria en la Región tendrán que reorientarse para alcanzar una integración mayor con la estrategia de atención primaria. Es a esta reorientación de las actividades de salud animal a la que se refiere este trabajo.

No cabe duda que la salud animal desempeña una función vital en mejorar la calidad de la vida humana y que la propia práctica veterinaria ofrece excelentes oportunidades para fomentar el sentido de responsabilidad personal y comunitaria en la promoción, cuidado y restauración de la salud. El médico veterinario y el asistente de salud animal por su contacto con la población rural en la atención de sus animales—parte integral de la estructura socioeconómica rural—establecen lazos estrechos de confianza no solo con los agricultores, sino con sus familias y, en general, con toda la comunidad. Están así en una situación favorable para recabar su participación en diversas actividades de salud pública veterinaria: lucha contra las zoonosis, programas de higiene, etc.

Aunque la meta del Plan de Acción es extender la atención primaria a toda la población, la realidad que se confronta por la escasez de recursos, materiales y humanos, obliga a que se atiendan como primera prioridad las necesidades de los grupos más vulnerables; entre estos se encuentran los que viven en extrema pobreza en zonas rurales y urbanas. Son precisamente estos grupos los más expuestos a sufrir los daños causados por las zoonosis todavía presentes en las Américas.

Ante esta realidad, es evidente que la atención primaria en el campo de la salud animal debe basarse en la aplicación en cada país de una tecnología apropiada, de comprobada eficacia, realizada con personal bien preparado, nuevo o readiestrado. Para ello, el sector de salud pública veterinaria deberá fomentar la coordinación intersectorial y la cooperación técnica y económica entre los países, además de estimular en las instituciones de educación veterinaria programas de educación continua que preparen al personal veterinario para realizar una labor mancomunada con los demás campos de la salud pública.

BIBLIOGRAFIA

Aplicación del concepto de atención primaria de salud a los programas de salud veterinaria. Documento preparado por el Programa Especial de Salud Animal, OPS en colaboración con el Servicio de Veterinaria de Salud Pública, OMS, mimeografiado.

Organización Panamericana de la Salud. *Salud para todos en el año 2000. Estrategias, y Salud para todos en el año 2000. Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales.* Documentos Oficiales de la OPS 173 (1980) y 179 (1982), respectivamente.

Propuesta de un Programa Quinquenal Integrado de Control y Erradicación de Zoonosis y Fiebre Aftosa en América Latina y el Caribe. En: *Salud animal en las Américas, 1981. Documentos de la II Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial.* Washington, D.C., Publicación Científica de la OPS 414, 1981, págs. 57-77.

Salud animal. En: *Informe Cuadrienal (1978-1981) y Anual (1981) del Director.* Washington, D.C., Documento Oficial 183, 1982, págs. 224-242.

Schenone, H. La cisticercosis como problema de salud humana y animal. En: *VII Reunión Interamericana sobre el Control de la Fiebre Aftosa y otras Zoonosis.* Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica 295, 1975, págs. 130-135.

Schwabe, C. Patología animal y atención primaria de salud: problemas intersectoriales. *Crónica de la OMS* 35(6):250-255, 1981.

ANIMAL HEALTH AND PRIMARY HEALTH CARE (Summary)

As part of the primary care strategy, the Governments of the Americas have included the agricultural and animal health sectors among the public health activities of the Plan of Action. This means that both sectors—agricultural and veterinary—must be guided in their work by a multidisciplinary and multisectoral approach, with full community participation. Hence, it is certain that both the study of veterinary medicine and the practice of the profession in the Region will have to be reoriented so that they may be more fully integrated with the primary care strategy. The reorientation of animal health activities is the subject of this paper.

There can be no doubt that animal health has a vital part to play in improving the quality of human life and that veterinary practice itself offers excellent opportunities for building a sense of personal and community responsibility for the promotion, care, and restoration of health. Through their contact with the rural population while caring for their livestock (an integral part of the rural socio-economic structures), the veterinarian and animal health assistant establish close bonds of trust not only with farmers, but with their families and the entire community as well; they are thus well placed to enlist community participation in a variety of veterinary public health activities such as zoonoses control, hygiene programs, and so forth.

While the goal of the Plan of Action is to extend primary care to the entire population, the lack of material and human resources requires that priority attention be given to the needs of the more vulnerable groups, including the extremely poor living in rural and urban areas. These are the groups at greatest risk from the zoonoses still present in the Americas.

In the face of these facts, it is clear that primary care in the animal health field should be based on the application in each country of proven, effective, appropri-

ate tecnologia by personnel who, whether new or retrained, are well prepared for the responsibility. To this end, the veterinary public health sector should foster intersectoral coordination and technical and economic cooperation among countries, in addition to promoting (in schools of veterinary medicine) continuing education programs to train veterinary personnel for work in common with the other public health fields.

SAÚDE ANIMAL E CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE (*Resumo*)

Como parte da estratégia de cuidados primários, os governos das Américas incluíram entre as atividades de saúde pública do Plano de Ação o setor agrícola e a saúde animal. Isso significa que ambos os setores—agricultura e veterinária—deverão guiar seus trabalhos por um critério multidisciplinar e multissetorial, com plena participação da comunidade. Conseqüentemente, tanto os estudos quanto o exercício da profissão veterinária na Região terão que reorientar-se para atingir uma integração maior com a estratégia de cuidados primários. É a essa reorientação das atividades de saúde animal que se refere esse trabalho.

Não há dúvida que a saúde animal desempenha uma função vital no melhoramento da qualidade da vida humana e que a própria prática veterinária oferece excelentes oportunidades para fomentar o sentido de responsabilidade pessoal e comunitária na promoção, cuidado e recuperação da saúde. O médico veterinário e o assistente de saúde animal, por seu contato com a população rural no atendimento de seus animais—parte integrante da estrutura sócio-econômica rural—estabelecem estreitos laços de confiança não só com os agricultores, mas com suas famílias e, em geral, com toda a comunidade. Encontram-se, assim, numa situação favorável para obter sua participação em diversas atividades de saúde pública veterinária: luta contra as zoonoses, programas de higiene, etc.

A meta do Plano de Ação é proporcionar cuidados primários a toda a população, mas a realidade que se confronta devido a escassez de recursos materiais e humanos obriga a atender prioritariamente as necessidades dos grupos mais vulneráveis; entre estes encontram-se os que vivem em situação de extrema pobreza em zonas rurais e urbanas. São precisamente esses grupos os mais expostos a sofrer os danos causados pelas zoonoses ainda presentes nas Américas.

Ante essa realidade, é evidente que os cuidados primários no campo da saúde animal devem basear-se na aplicação em cada país de uma tecnologia apropriada, de comprovada eficácia, com pessoal bem preparado, novo ou retreinado. Para tanto, o setor de saúde pública veterinária deverá fomentar a coordenação interssetorial e a cooperação técnica e econômica entre os países, além de estimular nas instituições de ensino veterinário programas de educação contínua que preparem o pessoal veterinário para realizar um trabalho combinado como os demais campos da saúde pública.

SANTÉ ANIMALE ET SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES (*Résumé*)

Dans le cadre de la stratégie des soins de santé primaires, les gouvernements des Amériques ont inclus le secteur agricole et celui de la santé animale dans les activités de santé publique du Plan d'action. De ce fait, ces deux secteurs (agricole et vétérinaire) doivent concevoir leurs activités sous une optique pluridisciplinaire et multisectorielle, en y associant pleinement la communauté. Il est donc évident que les études vétérinaires, de même que l'exercice de cette profession dans la région devraient être orientés de manière à réaliser une plus grande intégration avec la stratégie des soins de santé primaires. Cet article porte sur cette orientation des activités de santé animale.

Il est indéniable que la santé animale remplit une fonction vitale en améliorant la qualité de la vie de l'homme et que la bonne pratique vétérinaire offre d'excellentes occasions de développer le sens de la responsabilité personnelle et communautaire nécessaire à la promotion et aux soins sanitaires et au rétablissement de la santé. Le docteur vétérinaire et l'assistant de santé animale, par leurs contacts avec la population rurale établis à ses animaux (lesquels font partie intégrante de la structure socio-économique), créent des liens étroits de confiance non seulement avec les agriculteurs, mais aussi avec leurs familles et, d'une manière générale, avec la communauté toute entière. Ces agents de santé se trouvent de ce fait dans une situation favorable pour obtenir la participation des agriculteurs à diverses activités de santé publique vétérinaire: lutte contre la zoonose, programmes d'hygiène, etc.

L'objectif du Plan d'action consiste certes à étendre les soins de santé primaires à l'ensemble de la population; mais étant donné la rareté des ressources matérielles et humaines, il doit avoir pour première priorité la satisfaction des besoins des groupes les plus vulnérables. Aux rangs de ceux-ci figurent les personnes qui vivent dans le dénuement le plus complet à la campagne et dans les villes. Ce sont précisément ces groupes qui pâtissent le plus des effets des zoonoses toujours présentes aux Amériques.

Face à cette réalité, il est évident que les soins primaires en matière de santé animale doivent reposer sur l'adoption dans chaque pays d'une technologie appropriée, d'une efficacité éprouvée et appliquée par un personnel bien préparé, nouveau ou recyclé. De ce fait, le secteur de la santé animale doit développer la coordination intersectorielle et la coopération technique et économique entre les pays. Il doit en outre favoriser dans les établissements d'enseignement vétérinaire des programmes de formation permanente qui préparent le personnel vétérinaire à l'exécution d'activités compatibles avec d'autres domaines de la santé publique.

Trabajos de extensión y prestación de servicios en las escuelas de medicina veterinaria¹

JUAN GARZA²

INTRODUCCION

Como la enseñanza de la medicina veterinaria y zootecnia se realiza en instituciones de estudios superiores, conviene recordar que una comunidad universitaria es, por su propia esencia, una comunidad preocupada por el porvenir. A su oficio corresponde la búsqueda de una organización que haga posible la opción de pensar, investigar y expresarse dentro de un orden funcional que permita a los profesionales y a los investigadores cumplir sin cortapisas sus tareas de investigación y docencia y a los estudiantes satisfacer su legítimo derecho a una educación profesional de la mejor calidad.

A las universidades latinoamericanas les corresponde la búsqueda de nuevas fórmulas, búsqueda que se justifica por un anhelo de progreso permanente. Una gran parte de su importancia como entidades de cultura radica en que son ellas protagonistas incesantes del cambio.

Las reformas universitarias se realizan para modificar lo que existe, no porque ya no sirva, sino para poder avanzar, como organizaciones flexibles que permiten ajustes dinámicos. Las universidades de hoy no son instituciones iguales a lo que fueron en sus orígenes, pero sí son las mismas.

Los cambios que se introducen en el pensamiento de los dirigentes de la enseñanza de la medicina veterinaria y zootecnia, originados en reuniones como estas, no serán los últimos. Serán tan solo los que los participantes piensen que se necesitan en el momento. En este ejercicio es necesario demostrar imaginación, responsabilidad y reflexión, porque cambiar no es destruir, progresar no es volver a lo que ya el pasado desechó, innovar

¹Trabajo presentado al Seminario Latinoamericano de Educación Veterinaria y Atención Primaria de Salud celebrado en Asunción, Paraguay, del 4 al 7 de octubre de 1982.

²Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.

no es imitar. En este proceso creativo se requiere que cada uno sea vocero de sus propias ideas; también se requiere información para no incurrir en planteamientos ya superados.

El propósito de este trabajo es expresar algunos conceptos que sirvan de base para las discusiones de este Seminario.

La extensión universitaria y, en especial, los trabajos de extensión en las escuelas y facultades de medicina veterinaria latinoamericanas se enfocan hacia la transmisión y difusión no académica de la cultura. En un sentido más amplio, la extensión también se ocupa de la docencia y de la investigación fuera de los límites institucionales, así como de la difusión de la cultura y la prestación de los servicios.

La extensión universitaria comprende la enseñanza extraacadémica, que constituye un importante apoyo al aprendizaje y a la vinculación de las instituciones con la comunidad; esa vinculación resulta indispensable para formar profesionales útiles a la sociedad. Es necesario que exista una relación estrecha entre la problemática nacional, regional y local y el desarrollo científico, humanístico y tecnológico del ámbito académico.

La función de extender los beneficios de la cultura se traduce en la comunicación, con la mayor amplitud posible, de las manifestaciones generales aprendidas en el ámbito universitario, expresadas y compartidas por sus miembros.

Uno de los retos más significativos para las escuelas y facultades de medicina veterinaria lo constituye su interacción creciente con la sociedad. Con frecuencia las discrepancias entre las instituciones educativas y su ambiente, motivadas por conflictos internos en los planteles y universidades, se traducen en escasos beneficios para la sociedad de los trabajos universitarios. Cuando así sucede, es necesario emprender acciones que restablezcan la calidad de la institución, mediante un trabajo intenso, y así, recuperar la confianza y superar el escepticismo. Cuando se restaura la confianza de la comunidad universitaria en sí misma, la recompensa es el estímulo que recibe de la sociedad, lo que permite orientar los esfuerzos hacia la superación académica de la institución y así cumplir su proyección social.

La importancia fundamental de la extensión en las instituciones educativas se debe a que el concepto de extensión es la base de la proyección social. Quienes se dedican a estas tareas, deben adoptar la idea de la comunicación como condición esencial de la extensión, a fin de llegar a través de sus acciones a otros sectores sociales. De esta manera, se reafirma el concepto de extensión como la acción de ampliar y desarrollar los conocimientos con una finalidad determinada, así como de realizar actividades

intra y extramuros, de manera distinta a las que corresponden a la docencia e investigación académicas.

SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

Para que la población alcance un nivel de salud que le permita llevar una vida social y económicamente productiva y, cuando menos, efectuar un trabajo fructífero y participar activamente en la vida social de sus respectivas comunidades, se ha establecido como elemento clave el concepto de atención primaria de salud.

La estrategia de atención primaria de salud comprende, entre otros principios, la participación de la comunidad, la aplicación de tecnología apropiada y la colaboración con otros sectores. Para poner en práctica este concepto es necesario realizar modificaciones en la organización de los sistemas de salud animal, adecuar los programas de enseñanza y las actividades de extensión y servicios, a fin de que las escuelas y facultades de medicina veterinaria se mantengan a la vanguardia.

Las orientaciones que a continuación se presentan, se dirigen a adecuar los programas de extensión y servicios que prestan las escuelas y facultades de medicina veterinaria, fundamentalmente en la formación de recursos humanos y trabajos de investigación, para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000.

RECOMENDACIONES DE REUNIONES INTERNACIONALES

A continuación se resumen algunas de las recomendaciones sobre el campo de extensión y servicios hechas por expertos en enseñanza veterinaria en diversas reuniones internacionales.

Cuarta Consulta de Expertos FAO/OMS sobre Enseñanza Veterinaria (Uppsala, Suecia, 1978)

- Los alumnos deberán recibir una capacitación práctica extensiva en el campo.
- Se deberá enseñar a los alumnos a apreciar el medio social de su comunidad, de forma que puedan participar debidamente en ella, desempeñando actividades de extensión.
- La capacitación en medicina veterinaria y la práctica de la misma se efectuará en estrecha colaboración con otras profesiones.

- Como los veterinarios mantienen un continuo contacto directo con la población, especialmente en las zonas rurales, deben también capacitarse como educadores públicos.
- Todos los alumnos deben recibir una capacitación práctica intensiva, amplia oportunidad de familiarizarse a fondo con los animales vivos, especialmente con los de las especies más importantes. Durante la capacitación clínica se hará especial hincapié en la experiencia práctica. También se habrá de dar una oportunidad similar a los alumnos en las técnicas de la industria animal.
- Se deberán emplear más las comunicaciones biomédicas veterinarias en la enseñanza veterinaria.
- Deberá evaluarse el material impreso disponible, así como los medios audiovisuales de enseñanza y mejorar su utilización.
- Conviene que el personal docente de las escuelas de veterinaria trabaje en su mayoría a plena dedicación.
- Habrá que concebir sistemas de extensión capaces de favorecer y conducir a una mejora de la salud y rendimiento de los animales y a la protección de la salud humana (educación del productor y del consumidor).

Tercer Seminario sobre Educación en Medicina Veterinaria (OPS)
(Valdivia, Chile, 1979)

- En metodología de la enseñanza: se concuerda en la aplicación de una metodología que haga posible una docencia integradora, con realización de prácticas directas por los estudiantes, que lleve al profesor a utilizar todos los recursos didácticos posibles.
- La docencia integradora con prácticas directas por los estudiantes deberá permitir utilizar todos los recursos, particularmente:
 - a) Medios audiovisuales;
 - b) Uso de bibliotecas;
 - c) Visitas de observación, seguidas de prácticas personales que permitan desarrollar las destrezas y habilidades necesarias, y
 - d) Optimización de las facilidades existentes en las escuelas, particularmente las instalaciones de producción animal, buscando armonizar las actividades de enseñanza, producción e investigación.

Seminario sobre Unificación de Planes de Estudio
(São Paulo, Brasil, 1980)

- Estaciones experimentales: todas las instituciones de enseñanza deben contar con unidades de producción, estancias, granjas, estaciones o ranchos ex-

perimentales bien montados y además con recursos adecuados para el aprovechamiento de la información que ahí se genera.

- **Comunicación o extensionismo:** la extensión o comunicación es una tendencia útil para beneficiar a la comunidad a través de la introducción de cambios técnicos que promuevan la producción y la salud, por lo que deben estimularse estos servicios en las escuelas de veterinaria, ya que contribuyen a la formación de los nuevos veterinarios con esa capacidad que está exigiendo en muchos países el mercado de trabajo.

- **Infraestructura:** para que la aplicación del plan de estudios sea óptima, debe apoyarse en profesores capacitados profesional y didácticamente, y en instalaciones, equipo, bibliotecas, recursos audiovisuales, animales y otros elementos que aseguren la ejecución conveniente del proceso de enseñanza-aprendizaje.

SERVICIOS INTERNOS DE LAS FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA VETERINARIA

Entre los servicios que la institución presta se destacan por su importancia académica los servicios de apoyo educativo. Incluyen los proporcionados por las bibliotecas, hemerotecas, videotecas, bancos de transparencias y filmotecas, que constituyen los centros de información académica. Asimismo, en estos servicios de apoyo educativo están incluidas las unidades didácticas, también designadas como de metodología y apoyo educativo, así como las unidades de planificación.

En las escuelas y facultades de medicina veterinaria y zootecnia los trabajos de extensión contribuyen a la formación de los futuros profesionales, capacitándolos para una función más integral en su campo de trabajo y aun fuera de este.

Bibliotecas

Las bibliotecas son un elemento de especial importancia en los servicios internos de extensión de las instituciones. Sus objetivos más importantes son:

- Crear la infraestructura adecuada como apoyo a los programas de estudios.
- Fomentar en la comunidad estudiantil, docente y de investigación, la renovación continua de los conocimientos y sus aplicaciones en las disciplinas de la medicina veterinaria, zootecnia y ciencias afines.
- Apoyar los programas de enseñanza de posgrado.
- Satisfacer la demanda de información de los egresados y otros usuarios externos.

- Participar en redes de información especializada que permitan el intercambio de datos específicos.

Las bibliotecas deben estar constituidas por las siguientes unidades: administrativa; proceso técnico (selección, adquisición, registro y control); hemeroteca (selección, adquisición y registro), y servicios al público (de personal en la sala, préstamo interbibliotecario y servicio de consulta). Esta última incluye: localización de información; elaboración de bibliografías; diseminación selectiva de información; servicio de alerta, y duplicación de fotos.

El servicio de alerta es muy necesario, ya que disminuye notablemente el peligro de que los usuarios mutilen los libros, revistas y tesis de la colección.

Los requisitos mínimos que deben reunir las bibliotecas incluyen personal especializado debidamente preparado, ya que esto representa frecuentemente uno de los cuellos de botellas más graves para aprovechar adecuadamente los importantes recursos económicos que deben destinarse a la adquisición de información.

No menos importante es el local, que debe contar con estantería y espacio de lectura y control adecuado para supervisar las necesidades de los usuarios, debiéndose tener en cuenta las épocas de mayor demanda (generalmente, los períodos de exámenes).

Los servicios bibliotecarios deben proporcionar instrucción continua a los usuarios de manera que puedan aprovechar en forma óptima los recursos de información existentes. En este sentido, es posible emplear el sistema de estantería abierta que permite a los usuarios escoger directamente los libros a consultar y al personal especializado disponer de más tiempo para orientar a los usuarios y devolver los volúmenes a sus sitios. El sistema requiere además menos personal una vez que los usuarios se han habituado a su empleo con lo que mejoran los servicios de consulta especializada.

En cuanto a las publicaciones periódicas recomendadas para integrar el acervo de las hemerotecas, en el Seminario Latinoamericano sobre Intercambio Académico (México, 1981) se distribuyó una lista de las publicaciones recomendadas para medicina veterinaria y ciencias afines.

Las normas que deben regir un servicio bibliotecario han sido descritas en México por la Asociación de Bibliotecarios de Instituciones de Enseñanza Superior e Investigación (ABIESI) y están basadas en las normas de la American College Libraries Research. Estas normas se refieren a los objetivos y la función de la biblioteca universitaria; administración; presupuesto; personal, y recursos.

La biblioteca deberá contar con toda la información requerida por la institución para la consecución de sus fines, sea cual fuere su forma de presentación. Las colecciones deben incluir además las obras fundamentales de la cultura universal y aquellas destinadas a fines formativos y de investigación. También deberá tener una colección de obras de consulta actuales y útiles, formada por enciclopedias generales y especializadas, diccionarios de todos tipos, bibliografías, índices y resúmenes, directorios, anuarios y compendios estadísticos, así como suscripciones a un grupo selecto de publicaciones periódicas que abarquen todas las disciplinas de estudio e investigación en el campo de interés de la institución.

Conviene también disponer de un servicio de canje, a fin de llenar lagunas en el acervo y para satisfacer necesidades de otras bibliotecas en este mismo sentido.

Cada dos años deberá levantarse un inventario del acervo con un propósito múltiple: reponer los libros que por el uso se han deteriorado o se han perdido; descartar aquellos materiales que obviamente no hayan sido usados o que no serán usados y desechar aquellos que se han deteriorado por el uso o por el tiempo. En otras palabras, para lograr un buen servicio bibliotecario es indispensable contar con colecciones adecuadas que sirvan de apoyo a los fines propios de cada institución.

Los recursos de información de la biblioteca deben presentar una visión completa de la cultura de la humanidad, dando preferencia a aquellas disciplinas que forman parte de los planes de estudio e investigación de la universidad.

La biblioteca se esforzará por satisfacer, además de la bibliografía exigida por las disciplinas comprendidas en los programas de enseñanza, las necesidades de información de la comunidad académica a la que sirve, desde las del alumno de primer año hasta las del especialista.

La biblioteca no deberá convertirse en una colección de libros de texto que pierdan su actualidad a poco de ser publicados. Solo se deberán adquirir suficientes ejemplares que se justifiquen por su permanencia y utilidad, a juicio del bibliotecario y del comité asesor.

La colección básica general deberá estar formada por el número de volúmenes que en características y cantidad proporcional responda adecuadamente a las necesidades de los cursos, materias y disciplinas investigadas y alumnos matriculados en el plantel. Esta colección puede formarse con 10 títulos actualizados y bien seleccionados por cada materia impartida o investigada en la institución. Sin embargo, se hace notar que este sería el número mínimo por materia, pero que tendría que incrementarse tan pronto como las posibilidades lo permitan y las exigencias de estudio e investigación lo requieran.

Conviene señalar que en el desarrollo de las colecciones se deberá atender más a la calidad que a la cantidad de los materiales documentales. A fin de mantener al día las colecciones, se deberá establecer la política a seguir para adquisiciones futuras.

La colección de consulta podrá formarse por un mínimo inicial de 500 títulos diferentes. En el caso de bibliotecas departamentales, este número variaría de acuerdo con las necesidades específicas de cada caso. En fases posteriores, esta colección podría contar con un mínimo de cinco títulos diferentes por cada campo de especialización.

En lo que concierne a publicaciones periódicas, en su fase inicial, la colección podría formarse con un mínimo de 15 a 20 títulos por cada campo de especialización y de 25 a 30 títulos para el área de cultura general. La decisión de comprar colecciones retrospectivas dependería de las necesidades específicas de cada institución. Resulta recomendable encuadernar los volúmenes completos de este tipo de material para prolongar su conservación, salvo en los casos en los que la biblioteca haya decidido microfilmear o descartar sus colecciones retrospectivas.

Además de las adquisiciones por compra y por canje, la biblioteca podrá enriquecer sus colecciones mediante donaciones, con tal de que su aceptación no implique obligaciones onerosas para ella. Las donaciones de material bibliográfico llenan, en muchas ocasiones, lagunas en los acervos, pero en muchas otras tan solo motivan un aumento considerable de trabajo innecesario con materiales de uso ocasional.

Recursos audiovisuales

Los medios audiovisuales en el proceso de enseñanza-aprendizaje, particularmente en los países latinoamericanos, tienen bastante importancia ya que representan un medio auxiliar de apoyo para aliviar o complementar la carga académica que pesa sobre los docentes.

Los servicios que pueden prestar los departamentos encargados de proporcionar apoyos audiovisuales dentro de las escuelas y facultades de medicina veterinaria, fundamentalmente incluyen:

- *Fotografía.* Permite proporcionar toma, revelado y montaje, impresión de transparencias y fotografías en papel, en blanco y negro o color.
- *Banco de transparencias.* Las colecciones preparadas, para ser aprovechadas debidamente, deben de catalogarse, pues frecuentemente la información se pierde por no estar ubicadas correctamente.
- *Cine.* Este medio, de gran calidad divulgativa, dispone de excelentes pelícu-

las, aunque debido a su alto costo y a la dificultad de intercambio, en varias instituciones de enseñanza de medicina veterinaria están lamentablemente cayendo en desuso, al ser sustituido este medio por la televisión educativa, inferior en calidad, pero superior en economía y manejo.

- *Televisión.* El bajo costo de este medio de difusión ha permitido una aplicación cada vez mayor. Para asegurar la posibilidad de intercambio de este material, existen recomendaciones a nivel internacional para el uso de video cintas de 3/4 de pulgada, que son de calidad superior a las de 1/2 pulgada.

Los materiales de dibujo, diseño y audio también representan importantes secciones de apoyo para el desarrollo educativo, así como los servicios de fotocopia, mimeógrafo y otros medios de impresión y duplicación de material.

Unidades de metodología y apoyo educativo

El objetivo de estas unidades es contribuir a satisfacer las necesidades y solucionar los problemas relativos a la planificación, comunicación y evaluación de la enseñanza de la medicina veterinaria. Especialmente coadyuvan a la organización, funcionamiento y evaluación eficientes y eficaces del sistema y del proceso de enseñanza-aprendizaje, procurando que los elementos, medios y recursos humanos, materiales y tecnológicos concurren al logro de los objetivos docentes mediante su interrelación y acoplamiento adecuados.

Las funciones que pueden quedar incluidas en estas unidades son las de obtener, identificar, definir, planificar, programar, sistematizar, producir, transmitir y difundir información, conocimientos, diseños, prototipos, módulos educativos y lineamientos metodológicos que normen la elaboración de materiales didácticos.

El personal responsable de estas unidades debe tener una formación en pedagogía o psicología educativa para que esté en posibilidad de instruir, formar, capacitar, actualizar y prestar servicios profesionales de apoyo y asesoría al personal docente en el campo de las ciencias, métodos, técnicas y medios de educación.

El mismo personal especializado debe orientar, informar y asesorar a los alumnos acerca del funcionamiento de la escuela o facultad, del proceso de enseñanza-aprendizaje, y del empleo adecuado de los recursos, métodos y técnicas de estudio.

En algunas instituciones estas unidades se ubican dentro de la estructura general de las universidades e instituciones de educación superior, re-

quiérendose la orientación de sus actividades para que satisfagan plena y específicamente las necesidades de la medicina veterinaria.

Unidades de planificación

Las unidades de planificación representan órganos asesores que permiten obtener, recopilar, analizar y producir información para que la toma de decisiones sobre el desarrollo de la orientación institucional tenga bases objetivas más amplias.

Cuando se planifica difícilmente se presentan situaciones de crisis. Con la planificación se logra el mejoramiento de la educación, investigación, extensión y apoyo jurídico, financiero y administrativo de las instituciones, así como acciones de seguimiento y evaluación de egresados que permiten retroalimentar a la institución y orientarla racionalmente.

SERVICIOS EXTERNOS DE LAS FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA VETERINARIA

La extensión proyecta el aporte de la institución a la comunidad porque establece canales de comunicación con la realidad misma, en la medida en que sea capaz de recoger las respuestas al abrir en múltiples direcciones avenidas de acceso a la información y al conocimiento.

Se requiere que los planteles ofrezcan diferentes servicios a la comunidad, sin caer en el error de adquirir modalidades que se asemejen a las que corresponden a los ministerios de desarrollo, asegurando que dichas actividades apoyen fundamentalmente la formación de los estudiantes y los programas de investigación.

El desarrollo de servicios de clínicas para especies grandes y pequeñas, donde se ofrezcan consultas, diagnósticos, análisis clínicos, necropsias, análisis bromatológicos, así como el servicio de clínica ambulatoria y de consultas técnicas y sanitarias de apoyo a los programas de producción de alimentos y de salud pública serían ejemplos de acciones de apoyo a la comunidad, al igual que las estaciones experimentales y las publicaciones.

Cuotas

Una paradoja existente en los servicios externos que proporcionan las escuelas y facultades de medicina veterinaria a la comunidad está representada por el equilibrio que es necesario mantener en el financia-

miento y el costo de los servicios, ya que estos pueden ser gratuitos o pagos; en este último caso es posible que haya cuotas diferenciadas que toman en consideración el nivel socioeconómico de los productores pecuarios o dueños de animales a quienes se les presta el servicio. Por otro lado, el cobro de estas cuotas puede en algunos casos ser mal interpretado por los médicos veterinarios que trabajan en la zona de influencia de las instituciones educativas, existiendo el riesgo de que se establezca una pugna entre sectores profesionales que debieran estar en completa armonía.

Clínicas, consultas, diagnósticos, análisis bromatológicos y producción de alimentos y biológicos

La atención de casos clínicos resulta muy valiosa para las instituciones de enseñanza ya que los servicios de atención al público también permiten disponer de materiales útiles para la investigación y la enseñanza. Además, cuando se presentan epizootias o problemas similares, gracias a estos servicios, se puede detectar la enfermedad tempranamente.

Por lo general las clínicas se separan para atender a pequeñas y grandes especies, y aun en muchos casos el diagnóstico correspondiente a las aves se ubica independientemente.

Teniendo en cuenta la dificultad para transportar algunos casos clínicos a la institución, se ofrecen servicios de clínica ambulatoria. En ese caso el personal académico y los alumnos se trasladan a la explotación donde se presenta el problema, lo que resulta beneficioso para estos porque pueden observar directamente—y no solo mediante interrogatorio—las condiciones de higiene, alimentación y otras que presentan las instalaciones y que repercuten en la salud y producción animal.

Los servicios de diagnóstico están integrados a los análisis clínicos (hematología, bioquímica, parasitología, bacteriología, virología, serología, toxicología y otras) y a la radiología y cirugía que pueden ofrecerse en las instalaciones del propio plantel o directamente en las explotaciones animales.

El servicio de necropsias también se asocia al de análisis histopatológico y las experiencias de todos los procesos anteriores aportan materiales de enseñanza e investigación.

Los análisis bromatológicos, de vitaminas, minerales, taninos y otros elementos también constituyen ejemplos muy valiosos de servicios prestados a los ganaderos y valiosas oportunidades para la actividad de los alumnos. En cuanto a la producción de alimentos se refiere, esta general-

mente se realiza para satisfacer la demanda representada por los animales ubicados en las estaciones experimentales, en las clínicas y en las áreas de cirugía, reproducción, etc.

La producción de biológicos y, en algunos casos, productos farmacéuticos, también se desarrolla generalmente para satisfacer las necesidades de las estaciones experimentales de las Escuelas y Facultades de Medicina Veterinaria y también permiten formar a los futuros profesionales con la capacidad de elaborar estos productos, que representan una pieza fundamental en los programas de medicina preventiva.

Estaciones experimentales

Los centros de extensión pertenecientes a las facultades y escuelas de medicina veterinaria incluyen granjas y ranchos experimentales, en los que los alumnos y el personal académico tienen la posibilidad de desarrollar actividades de demostración y, fundamentalmente, de participación por parte del alumnado.

Simultáneamente, cuando estos programas se desarrollan bajo esquemas operativos que enmarcan apropiadamente las responsabilidades de los participantes, es conveniente utilizar dichos recursos para actividades de investigación, sin menoscabo de la producción a la que tradicionalmente se dedican las especies animales ahí explotadas.

1. *Autofinanciamiento.* El autofinanciamiento de las unidades de producción, enseñanza y trabajo experimental permite liberar del apoyo financiero universitario a estos importantes centros de apoyo a la formación estudiantil, investigación y servicios a la comunidad.

2. *Ubicación.* Las escuelas y facultades de medicina veterinaria tradicionalmente están ubicadas en las ciudades, lo que permite el desarrollo de los estudiantes en convivencia con otros estudiantes universitarios en un ambiente cultural, pero frecuentemente alejados del sector rural, lugar en donde habrán de desarrollar sus actividades profesionales muchos de los graduados.

De lo anterior se desprende:

a) la conveniencia de ubicar preferentemente a las unidades de producción, enseñanza e investigación animal fuera de las ciudades, en estrecho contacto con el sector rural al que deben servir, y

b) la conveniencia de ubicar a las aulas y demás elementos de apoyo a la enseñanza básica fuera de las grandes ciudades, en un ambiente aislado de la cultura existente alrededor de los recintos universitarios.

Publicaciones

Entre las publicaciones que pueden hacer las escuelas y facultades de medicina veterinaria se encuentran las de apoyo a la enseñanza, las orientadas a servir a los egresados, las que sirven a los productores pecuarios, las formales escritas en lenguaje científico, las informales que se orientan a servir a las comunidades, las periódicas como las revistas científicas, boletines informativos, etc. Dada esa gama de posibilidades, es necesario establecer una política editorial dentro de cada institución para que los esfuerzos de desarrollar estas publicaciones sean congruentes y no sea necesario crear una estructura diferente para la impresión, distribución y comercialización.

La política editorial debe considerar instrucciones a los autores, proporcionar un servicio de corrección de estilo, y apoyar a los autores en cuestiones de diseño, formato, calidad de papel, etc.; aunque a primera vista estos pueden parecer acciones superfluas, al considerar que representan la imagen institucional ante el sector de la sociedad hacia donde están orientadas, resulta perfectamente justificable su existencia. Cabe reiterar que las acciones de extensión son frecuentemente efímeras, pero en el caso de las publicaciones son permanentes y los errores en la presentación o contenido repercuten definitivamente en cuanto al prestigio y opinión que se tenga de las instituciones educativas.

ENSEÑANZA Y ACTIVIDAD PROFESIONAL

La formación de médicos veterinarios queda complementada al participar en los servicios de extensión de las escuelas y facultades, dado que desarrollan sus actividades de formación extracurricular en actividades semejantes a las que deben desarrollar una vez egresados. Por este motivo, debe acortarse la brecha existente entre la enseñanza universitaria y la actividad profesional.

Si las instituciones educativas desconocen las características de los programas de trabajo de sus egresados, la formación académica no les permitirá desarrollar las destrezas y habilidades necesarias para hacer más eficiente el proceso productivo en todas sus fases e incorporar los resultados del avance tecnológico de acuerdo con las condiciones propias de cada región.

Teniendo en cuenta que los médicos veterinarios frecuentemente realizan sus actividades profesionales con el auxilio de personal perteneciente

a la población campesina, técnicos y empleados de las instituciones del sector pecuario y sanitario, las actividades de extensión pueden también ayudarlos a desarrollar programas para la capacitación de quienes participan en el desarrollo integral.

APOYO A PROGRAMAS DE DESARROLLO

La vinculación de las escuelas y facultades de medicina veterinaria con la sociedad en la que se desenvuelven, debe basarse en la necesidad de formar recursos humanos capaces de participar como agentes de cambio, buscando el desarrollo integral de la sociedad.

Por desarrollo se entiende la posibilidad de satisfacer las necesidades fundamentales sin que el objetivo sea exclusivamente la producción, ni el ingreso, ni el consumo, sino el bienestar con una posibilidad de realización plena en armonía con la naturaleza. Sin embargo, en el terreno de la política lamentablemente aún se identifica al desarrollo con el crecimiento económico, es decir, con los bienes materiales y con el consumismo. Cuando esto ocurre, lo que se está desarrollando son principalmente cosas, sistemas para producir más cosas e instituciones para operar sistemas que produzcan más cosas.

Como se requiere que en las instituciones de enseñanza superior exista una formación racional, crítica y éticamente comprometida, es necesario discernir entre los valores y formar profesionales conscientes que tengan la posibilidad de modificar las anomalías existentes en la sociedad.

Al mismo tiempo que los esfuerzos encaminados a lograr el desarrollo rural deben estar estrechamente vinculados a las políticas, planes y estrategias del desarrollo nacional y a la participación indispensable de la población rural en los propios programas de desarrollo, las escuelas y facultades de medicina veterinaria deben realizar sus actividades de extensión dentro del marco de las estrategias y planes nacionales y aun experimentar nuevas alternativas, para lograr cumplir con su función social de liderazgo y orientación.

Los programas de extensión se han enfrentado a dos tipos de resistencia bien definidos: barreras institucionales y ausencia de una estrategia global. Entre las primeras se debe mencionar la ausencia de mecanismos de acción combinada entre instituciones para la ejecución de programas y la fuerza y gigantismo de las instituciones que difícilmente se adaptan al trabajo conjunto y tratan de mantener su independencia operativa; esta

actitud las debilita y demuestra con un ejemplo negativo la fuerza que representa el trabajo organizado conjunto.

Para poder resolver los problemas mencionados se requiere un elemento de enlace y promoción, con poder institucional, para que una y coordine eficazmente las instituciones vinculadas al desarrollo. Este elemento deberá poseer facultades para diseñar, establecer y poner en práctica sistemas operativos de coordinación.

Por otro lado, el concepto de desarrollo rural integrado se ha enfrentado con la ausencia de una estrategia global. Hay programas integrados que con mucho esfuerzo rompieron las barreras y lograron una verdadera integración institucional en lo que respecta a diagnósticos, objetivos y soluciones, pero el producto de todo el esfuerzo se desintegra ante la inexistencia de una política global que contemple todos los eslabones de la cadena.

VINCULACION CON LA SOCIEDAD A TRAVES DE LOS EGRESADOS

Otro importante medio de vinculación de las instituciones educativas con la sociedad corresponde al contacto permanente que deben tener con sus egresados.

Servicio social

En algunos países, al término de los estudios universitarios, los egresados, antes de recibir su título deben cumplir como requisito previo un trabajo que puede durar de varios meses a un año; esto tiene como finalidad retribuir a la sociedad del privilegio de haber cursado una carrera universitaria. A lo anterior se le denomina "servicio social" y permite a los egresados desarrollar destrezas y habilidades complementarias a los requisitos de la educación formal y al mismo tiempo enriquecer con sus experiencias a los propios planteles educativos.

Educación continua y posgrado

Uno de los sistemas de retroalimentación más confiables para la institución lo constituyen las actividades de educación continua, los cursos cortos de actualización, y los estudios de posgrado en los niveles de especialización, maestría y doctorado.

Universidad abierta

Hay también actividades de enseñanza orientadas a formar en niveles superiores a los egresados, sin separarlos de sus actividades profesionales cotidianas. Para ello, se ofrecen los cursos del sistema de universidad abierta, mediante publicaciones y acciones enmarcadas en programas académicos formales pero desarrollados fuera de las aulas.

El sistema de universidad abierta constituye una modalidad de apoyo educativo que originalmente tuvo la intención de proporcionar educación universitaria a grandes sectores de la población, pero que se ha encauzado más como apoyo a la enseñanza académica que como un instrumento para atender la demanda de conocimientos de la población no universitaria.

El sistema de universidad abierta representa, en resumen, lo siguiente:

- Un apoyo al sistema educacional, ya que ofrece al estudiante recursos educativos adicionales en aquellas materias con mayor grado de dificultad. Ha venido a ser así una orientación novedosa en las estrategias educativas, en la producción de textos y guías de estudio y en el apoyo al mejoramiento operativo del sistema de educación.
- Un elemento para la formación y actualización del personal académico.
- Un instrumento que coadyuva en la consolidación académica en campos específicos de otros planteles menos desarrollados.
- Una alternativa de educación profesional y de posgrado.

VINCULACION CON LA SOCIEDAD A TRAVES DEL PERSONAL Y OTRAS ACTIVIDADES INSTITUCIONALES

Personal docente

Las actividades docentes incluyen dictar conferencias, acudir a simposios, congresos, mesas redondas, seminarios y eventos semejantes. Asimismo, dar pláticas a la comunidad, a grupos organizados de ganaderos, avicultores, personas interesadas en programas de higiene, salud pública y participar en programas de televisión y radio. Todas estas actividades también constituyen medios a través de los cuales los planteles educativos se vinculan con la comunidad.

Para los trabajos de extensión resulta indispensable que las instituciones cuenten con profesores a tiempo completo, que participen en los mismos fuera de las horas de enseñanza y también se debe contar con pro-

fesores a tiempo parcial ya que en su desempeño profesional no académico adquieren experiencias y vivencias muy importantes.

Es importante que las escuelas y facultades tengan suficiente personal a tiempo completo; sin embargo, si todos los docentes fueran de este tipo existiría el riesgo de aislar a la institución de la realidad circundante, por lo que resulta muy conveniente mantener un número equilibrado de profesores de tiempo parcial, fundamentalmente en materias aplicadas.

Otras actividades institucionales

La participación de las escuelas y facultades de medicina veterinaria en exposiciones, ferias y eventos similares, con pabellones de exhibición, demostraciones de productos, de sus actividades, ejemplares de los animales criados, etc., constituyen elementos valiosos que tienen un gran impacto sobre la comunidad. En la población joven, la difusión que se haga de las actividades de las escuelas y facultades de medicina veterinaria también constituye un recurso auxiliar que los programas de orientación vocacional deben tener en cuenta.

Las actividades de extensión, como se ha señalado, generalmente son extrainstitucionales, pero a través de programas de intercambio, convenios y contratos con diferentes instituciones académicas, organismos gubernamentales, privados y de productores pecuarios, es posible incorporar elementos foráneos a las actividades institucionales. Fuera de las actividades directamente relacionadas con la medicina veterinaria, pero parte muy importante de la formación integral que como universitarios deben tener los alumnos, son las actividades culturales, como conciertos, presentaciones teatrales, exposiciones pictóricas, de escultura, etc., que junto con actividades deportivas representan bases vitales del bienestar institucional.

Las instalaciones y el personal que constituyen la infraestructura académica quedan subutilizados durante períodos interanuales o intersemestrales, por lo que los programas de extensión académica pueden incluir cursos orientados a servir a la comunidad, sobre temas diversos de interés para ganaderos, amas de casa, jóvenes y otros sectores de la población que desearían conocer más sobre la crianza de animales, la higiene de los alimentos, el cuidado de animales domésticos y otros temas, actividades que resultan complementarias a los programas de extensión.

Conviene clasificar y jerarquizar las actividades de extensión para asegurar que se orienten a acciones perdurables y positivas hacia el plano académico y hacia la sociedad.

RESUMEN

Este artículo examina los trabajos de extensión en las escuelas y facultades de medicina veterinaria y señala que cumplen una misión múltiple: sirven como elemento de apoyo a las tareas de enseñanza e investigación, prestan servicios intra e interinstitucionales y de divulgación, y actúan como enlace entre el mundo académico y la comunidad a la que sirven.

Después de enumerar diversas recomendaciones hechas por grupos de expertos internacionales en medicina veterinaria, relacionadas mayormente con los programas de formación y adiestramiento, el autor explica en qué consisten los servicios internos y externos que prestan las universidades o escuelas a través de los programas de extensión. En relación con los primeros, describe minuciosamente cómo se han de organizar las bibliotecas, recursos audiovisuales, unidades de metodología, planificación, etc. En cuanto a los servicios externos, hace una descripción igualmente detallada de las características y funciones de clínicas, consultas, servicios de diagnóstico, estaciones experimentales, etc.

Por último, se hace hincapié en que los programas de extensión deben estar vinculados a los planes nacionales de desarrollo y que han de vencer toda una serie de barreras institucionales y actitudes negativas para lograr una verdadera integración de la educación académica del veterinario con las necesidades reales de la comunidad.

BIBLIOGRAFIA

ABIESI. Comisión de normas. *Revisión de las normas para el servicio bibliotecario de la ABIESI*. México, 1979. Ad intra manuscripti.

Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina Veterinaria y Zootecnia. *Plan de Trabajo 1980-1984. Educación y Ciencia Veterinaria* 1(3):88-106.

Garza, J. *Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia*. Las Facultades y Escuelas de la UNAM 1929-1979. En: Colección Cincuentenario de la Autonomía de la Universidad Nacional de México. Tomo I, Vol. III, págs. 157-175, 1979.

Garza, J. y J. Cárdenas. *La Enseñanza en la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia de la UNAM. Educación y Ciencia Veterinaria* 1:3-14, 1980.

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. *Informe de la Cuarta Consulta FAO/OMS de Expertos sobre Enseñanza Veterinaria*. Roma, FAO, 1979.

Organización Panamericana de la Salud. Informe Final del Tercer Seminario sobre Educación en Medicina Veterinaria en Latinoamérica. Valdivia, Chile, 1979; Informe Final del Seminario sobre Unificación Curricular, Pirassununga, São Paulo, Brasil, 1980; Informe Final del Seminario Latinoamericano sobre Intercambio Académico en Apoyo a la Educación Veterinaria. México, D.F., México, 1981.

Organización Panamericana de la Salud. Enseñanza de la Medicina Veterinaria. Infor-

me del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS. *Educ Méd Salud* 15(2):176-184, 1981.

Organización Panamericana de la Salud. *Salud para todos en el año 2000*. Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales. Documento Oficial 179. Washington, D.C., 1982.

Pérez San Vicente, G. *La Extensión Universitaria*. Tomo I, Notas para su historia. Colección Cincuentenario de la Autonomía de la Universidad Nacional de México. Volumen VI. México, D.F., 1979.

Reta Petterson, G. y J. Garza. *La erradicación de las enfermedades de los animales y el desarrollo socioeconómico de América Latina*. *Boletín Internacional de Epizootias* (en prensa). 1982.

Rovalo, M. de L., L. Sametz y M. E. González. *Red de Información Pecuaría en México*. XIII Jornadas de Biblioteconomía, Hermosillo, Sonora, México, 1982.

Sametz, L. y J. Santoyo. *Informe del Area de Documentación* (Biblioteca y Departamento de Divulgación) de la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, UNAM, XI Mesa Redonda del Sistema Interamericano de Información para las Ciencias Agrícolas (AGRINTER). La Paz, Bolivia, 1980.

Soberón, G. *Discursos y Mensajes 1973-1976*. México, UNAM, 1977.

Soberón, G. y M. A. Knochenhauer. *Las relaciones universitarias en la Universidad Nacional Autónoma de México*. Trabajo presentado en la Conferencia Anual de la Asociación Universitaria Interamericana (octubre de 1980, Quebec, Canadá). Cuaderno de Intercambio Académico III. Dirección de Intercambio Académico, México, UNAM, 1980.

Universidad Nacional Autónoma de México. *Universidad en Marcha*. La Universidad en el Mundo. Número Especial 21, México, 1980.

Universidad Nacional Autónoma de México. *Organización académica de la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia 1981-1982*. México, 1981.

EXTENSION WORK AND SERVICES IN THE SCHOOLS OF VETERINARY MEDICINE (Summary)

This article reviews the extension work in the schools of veterinary medicine and says that it performs a multiple function: it supports instruction and research, performs intra- and interinstitutional and promotional services, and acts as a link between the academic establishment and the community it serves.

After citing a variety of recommendations made by international expert groups in veterinary medicine connected mainly with instruction and training programs, the author explains the content of the intra- and extramural services provided by universities and schools through extension programs. In connection with the former, he describes in detail the organization of libraries, audiovisual resources, methodology units, planning, etc. As to extramural services, he gives an equally detailed account of the features and functions of clinics, dispensaries, diagnostic services, experiment stations, and so forth.

Finally, the point is made that extension programs should be linked to national development plans, and that they have a series of institutional barriers and negative attitudes to overcome in order to accomplish a true integration of the veterinarian's academic training with the real needs of the community.

TRABALHOS DE EXTENSÃO E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NAS ESCOLAS DE VETERINÁRIA (*Resumo*)

Esse artigo examina os trabalhos de extensão nas escolas e faculdades de medicina veterinária e assinala que cumprem uma múltipla missão: servem como elemento de apoio às tarefas de ensino e pesquisa, prestam serviços intra-institucionais, inter-institucionais e de divulgação, e atuam como ligação entre o mundo acadêmico e a comunidade a que servem.

Após enumerar diversas recomendações feitas por grupos de especialistas internacionais em medicina veterinária, relacionadas principalmente com os programas de formação e treinamento, o autor explica em que consistem os serviços internos e externos que prestam as universidades e escolas através dos programas de extensão. Com relação aos primeiros, descreve minuciosamente como se devem organizar as bibliotecas, os recursos audiovisuais, as unidades de metodologia, planejamento, etc. Quanto aos serviços externos, faz uma descrição igualmente detalhada das características e funções de clínicas, consultas, serviços de diagnóstico, postos experimentais, etc.

Por último, insiste-se em que os programas de extensão devem estar vinculados aos planos nacionais de desenvolvimento, devendo vencer toda uma série de barreiras institucionais e atitudes negativas para obter uma verdadeira integração da educação acadêmica do veterinário com as necessidades reais da comunidade.

TRAVAUX DE VULGARISATION ET DE PRESTATION DE SERVICES DANS LES ÉCOLES DE VÉTÉRINAIRE (*Résumé*)

Le présent article examine les travaux de vulgarisation effectués dans les écoles et facultés de médecine vétérinaire et indique que ces travaux remplissent plusieurs missions. Premièrement, ils appuient l'enseignement et la recherche; ensuite, ils fournissent des services intra et interinstitutionnels de vulgarisation; ils offrent enfin un lien entre le monde universitaire et la communauté qu'ils servent.

L'auteur énumère les diverses recommandations formulées par des groupes d'experts internationaux en médecine vétérinaire, recommandations associées principalement aux programmes de formation. Il explique ensuite en quoi consistent les services internes et externes que fournissent les universités ou écoles dans le cadre des programmes de vulgarisation. Pour ce qui est des services internes, il décrit avec minutie l'organisation des bibliothèques, des ressources audiovisuelles, des unités de méthodologie, la planification, etc. En ce qui concerne les services externes, il fait une description détaillée des caractéristiques et fonctions des cliniques, des consultations, des services de diagnostic, des stations expérimentales, etc.

Enfin, il souligne que les programmes de vulgarisation doivent être liés aux plans nationaux de développement. Ces programmes doivent en outre franchir toute une série de barrières institutionnelles et venir à bout des attitudes négatives pour réaliser une véritable intégration entre l'enseignement universitaire et la médecine vétérinaire et les besoins réels de la communauté.

FORMULARIO DE SUSCRIPCION / SUBSCRIPTION FORM

Oficina Sanitaria Panamericana / Pan American Sanitary Bureau
525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, U.S.A.

Sírvanse suscribirme a / Please enter my subscription to

Educación médica y salud

POR UN AÑO For 1 Year US\$ 8.00
POR DOS AÑOS For 2 Years US\$15.00
POR TRES AÑOS For 3 Years US\$21.00

Acompañó 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*.



Algunos problemas de la formación del personal de enfermería y técnicos de la salud y la evaluación del desempeño

BORIS KLEINDORF¹ Y LILIA CHIRINO²

INTRODUCCION

La correspondencia entre el nivel de desempeño profesional de los egresados de los centros formadores de personal de enfermería y técnicos de la salud y el grado de aceptación de ese desempeño por parte de las instituciones "usuarias" y la población continúa siendo uno de los problemas de más difícil evaluación en el campo de la educación médica y de la administración en salud.

En Cuba, la formación de este tipo de recurso humano depende del Ministerio de Salud Pública, lo que ha viabilizado la creación de mecanismos que faciliten la unión de los esfuerzos entre los centros docentes y los de producción o servicios con el objetivo de que, durante el proceso de formación, se produzca la menor desviación posible entre las actitudes y aptitudes que desarrollan los alumnos durante su etapa formativa y aquellas que, como producto final, esperan las instituciones y la población una vez que finalicen sus estudios y se incorporen de lleno a la actividad laboral.

No obstante los esfuerzos que en este sentido se realizan, la propia dinámica del desarrollo del Sistema Nacional de Salud, la elevación del nivel de la educación sanitaria del pueblo y los cambios que periódicamente se producen como consecuencia del perfeccionamiento del Sistema Nacional de Enseñanza y el Subsistema de Docencia Médica Media, hacen que se produzcan en cortos períodos de tiempo diferencias entre la calidad del producto final de los centros formadores de recursos humanos y las necesidades crecientes de los centros de producción o servicios.

Este trabajo pretende exponer algunos aspectos de un conjunto de nor-

¹Dirección Nacional de Docencia Médica Media, Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba.

²Pedagoga, Dirección de Docencia Médica Media, Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba.

mas, medidas, disposiciones y procedimientos de trabajo en que se desenvuelve la formación de este tipo de personal en nuestro país y que creemos ayudan a prevenir o disminuir esas desviaciones.

Aunque hemos iniciado algunas investigaciones sobre la calidad del desempeño de los egresados, esto constituye un campo de acción aún virgen que no deja de ser un reto para el trabajo de los próximos años.

RESEÑA HISTORICA

La formación de personal de enfermería y de los técnicos medios de la salud en nuestro país ha respondido, desde 1959, a la creación de un Sistema Nacional de Salud que permitiera encarar y resolver los problemas de salud de toda la población. El surgimiento de diversos programas que respondieran a las necesidades y demandas de servicios, planteó la necesidad de priorizar el desarrollo acelerado y eficiente de un subsistema educacional que garantizara la formación de los recursos humanos que reclamaban esos programas.

Desde entonces se procedió a establecer una política encaminada a la formación de personal auxiliar, enfermeras y técnicos, basada en los siguientes principios:

a) Centralización de normas, reglamentos y metodologías para todas las carreras, de forma tal que se evitaran o disminuyeran las diferencias en la formación de los alumnos de diversas regiones del país.

b) Descentralización de la docencia hacia todas las áreas de desarrollo, para que de esta manera se lograra la formación del personal en las cercanías de los sitios donde iban a ser utilizados al egresar.

c) Formación masiva, con el propósito de lograr, tempranamente, la cobertura mínima deseable.

d) Vinculación del estudio con el trabajo mediante la integración de la asistencia con la docencia.

e) Elevación permanente de la calidad técnico-laboral de los egresados mediante su incorporación masiva a los planes de educación continua.

En función de estos principios se estableció el marco estructural para la formación de personal de nivel medio que necesitaba la nueva sociedad cubana. Progresivamente se fue perfeccionando la aplicación del principio pedagógico de unir la teoría con la práctica y el estudio con el trabajo de manera que transformase al estudiante de consumidor en productor, lo que le permitiría realizar actividades de complejidad creciente, para que desde temprano se convirtiera en estudiante/trabajador y pudiera ayudar

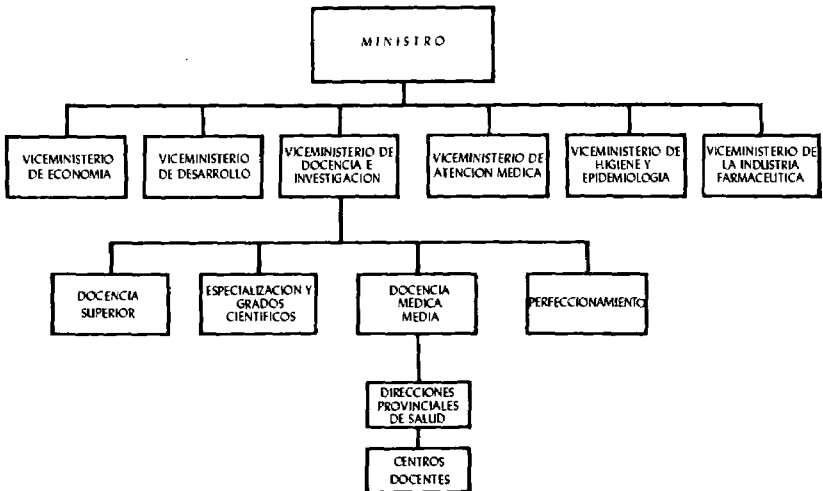
a la solución de los problemas de salud de la población. Otros principios, que conjuntamente con los anteriores, forman parte del marco conceptual de la formación de nuestros estudiantes son:

- a) La concepción científica del mundo.
- b) La concepción social de la medicina.
- c) La concepción internacionalista de la práctica médica.
- d) La formación integral de los educandos mediante la incorporación sistemática de actividades deportivas, artísticas, culturales y de preparación para la defensa de la patria.

Durante los últimos 22 años, varias han sido las etapas de desarrollo del Subsistema de Docencia Médica Media, todas ellas vinculadas estrechamente al desarrollo económico, político y social del país y de su Sistema Nacional de Salud. En 1973 se consolidó el subsistema de formación personal de enfermería y técnicos de la salud al crearse en el Ministerio de Salud Pública un Viceministerio de Docencia e Investigación (figura 1) que paulatinamente ha sido responsable por la formación de la mayoría de los recursos humanos requeridos por el sistema, tanto de los niveles universitarios como el de las enfermeras, los técnicos y los obreros calificados.

El proceso de formación de personal de enfermería de nivel básico y de los técnicos de la salud, así como de los obreros calificados, es planificado,

Figura 1. Estructura del Ministerio de Salud Pública.



organizado, dirigido y controlado por la Dirección Nacional de Docencia Médica Media y está orientado metodológicamente por el Ministerio de Educación. El trabajo de la Dirección Nacional se organiza sobre la base de los documentos rectores de los Ministros de Educación y Salud Pública.

Los órganos provinciales del Poder Popular (estructura de los gobiernos provinciales) administran los centros docentes que se encuentran ubicados en su territorio.

Las actividades docentes encaminadas a la formación básica y posbásica del personal de enfermería, de los técnicos y obreros calificados de la salud en cerca de 70 perfiles ocupacionales diferentes, se realizan en una red de instituciones docentes distribuidas por todo el territorio nacional, y que están íntimamente vinculadas a la mayoría de las unidades de atención médica y de otros centros de producción o servicios.

Al iniciar el curso escolar 1981-1982 se contaba con 63 centros docentes, de los cuales 19 son institutos politécnicos de la salud con 17 filiales; 10 institutos politécnicos de enfermería con seis filiales, y 11 escuelas politécnicas de la salud. La matrícula total oscila entre los 25.000 y 30.000 estudiantes.

En los Institutos Politécnicos de la Salud se forma personal de enfermería de nivel básico o posbásico³ conjuntamente con técnicos medios de ambos niveles. Ocasionalmente estos centros pueden formar personal auxiliar.

Los Institutos Politécnicos de Enfermería tienen iguales características que los Institutos Politécnicos de la Salud con la excepción de que en los primeros solo se forma personal de enfermería.

Las Escuelas Politécnicas de la Salud son aquellos centros que se encargan de formar fundamentalmente especialidades auxiliares y obreros calificados.

Desde 1959 hasta julio de 1980 han egresado de estos centros 78.130 alumnos de cursos básicos y 4.879 de carreras posbásicas. Los planes de estudio de las carreras básicas tienen una duración de cuatro o seis semestres, según sea la escolaridad de ingreso de los estudiantes: bachilleres en el primer caso o ciclo de la enseñanza secundaria básica vencido, en el segundo caso (9º grado). Los cursos posbásicos tienen una duración de dos semestres, al igual que las carreras de auxiliares.

³Los cursos posbásicos son cursos de especialización de dos semestres de duración para enfermeras básicas y técnicos medios con tres o más años de haberse graduado.

DETERMINACION DE LAS NECESIDADES Y PLANIFICACION DE LA FORMACION

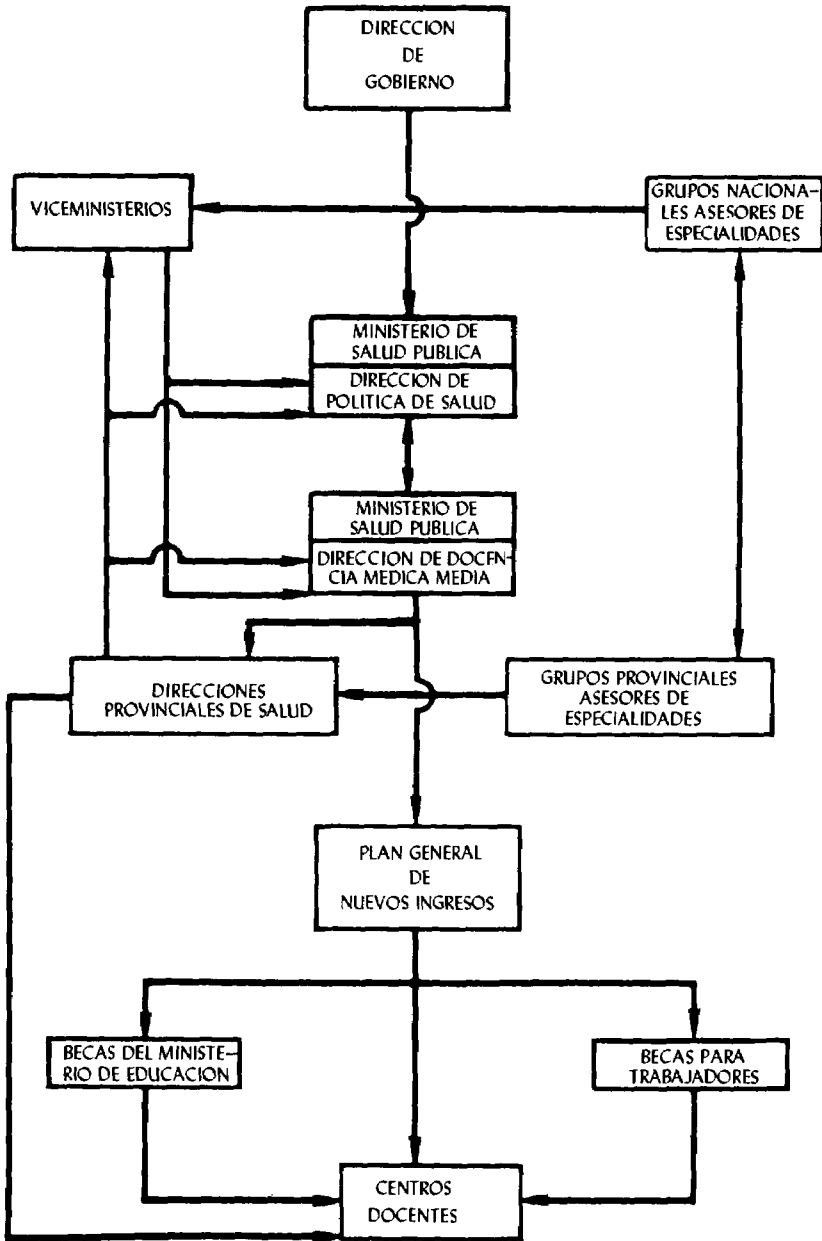
La planificación de los recursos humanos para la salud es responsabilidad de la Dirección de Política de Salud del Viceministerio de Desarrollo; no obstante, esta planificación se realiza en estrecha coordinación con las Direcciones "usuarias" de todos los Viceministerios, las Direcciones Provinciales de Salud y las Direcciones del Viceministerio de Docencia, que son las responsables de organizar, dirigir y controlar la formación de dichos recursos humanos (figura 2).

Todo este proceso de planificación, a corto, mediano y largo plazo, está a su vez determinado por las disposiciones que para la Rama de Salud establecen la Junta Central de Planificación (órgano rector nacional de la planificación de la economía) y aprueba la Asamblea Nacional del Poder Popular (órgano superior de gobierno). En el proceso de planificación de los recursos humanos en el Ministerio de Salud Pública y en las Direcciones Provinciales de Salud intervienen, en calidad de asesores, los grupos nacionales y provinciales de especialidades. Estos grupos, constituidos por profesionales y técnicos de reconocido prestigio, asesoran al Ministerio y a los gobiernos provinciales en todos los aspectos técnicos y administrativos que conciernen al desarrollo científico-técnico, de los servicios, de la producción y la docencia en sus respectivas especialidades o áreas de trabajo.

Las necesidades de personal de enfermería y de técnicos son informadas por los niveles provinciales a sus respectivos homólogos nacionales, así como también a las Direcciones Nacionales de Política de Salud y Docencia Médica Media. La Dirección de Política de Salud del Viceministerio de Desarrollo proyecta las necesidades futuras para cada especialidad, teniendo en cuenta el plan de desarrollo global del Sistema Nacional de Salud y el de cada provincia en particular. Esta información es suministrada a la Dirección Nacional de Docencia Médica Media quien la confronta y adecúa de acuerdo con los datos recibidos directamente de cada provincia y de los órganos asesores. La satisfacción de las necesidades planteadas por los diferentes niveles de la organización estará determinada por un estudio de factibilidad que debe hacer la Dirección de Docencia Médica Media teniendo en cuenta los recursos materiales y humanos disponibles para la formación de personal y las posibilidades que brindará el propio desarrollo del subsistema educacional.

Con todos los datos referidos, se conforma cada año el Plan General de nuevos ingresos para todas las carreras, el cual es analizado con todos los

Figura 2. Planificación de la formación de los recursos humanos del nivel medio.



usuarios y aprobado finalmente en el Consejo de Dirección del Ministro. Este plan de nuevos ingresos contempla el número de alumnos que inician las diversas carreras así como su procedencia por provincia y el lugar o provincia donde realizarán sus estudios. El 85-90% de los nuevos ingresos proceden del Sistema General de Enseñanza mediante becas ofrecidas por el Ministerio de Educación; el 10-15% restantes son trabajadores del Sistema Nacional de Salud que, cumpliendo los requisitos de ingreso, desean superarse técnicamente. Una vez que finalicen sus estudios, la mayoría de los egresados permanecen o regresan a sus provincias de origen.

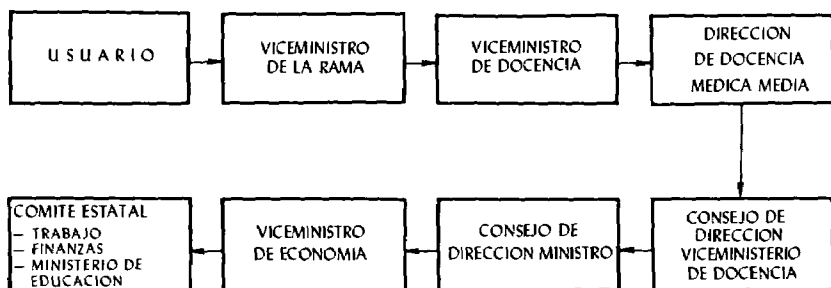
METODOLOGIA PARA LA CREACION DE NUEVAS CARRERAS

La necesidad de formación de recursos humanos para la salud de acuerdo con el desarrollo del sistema nacional exige de los niveles de la organización responsabilizados un estudio minucioso que responda a la planificación y desarrollo de la política de salud proyectada para los próximos años.

Nuestro sistema de salud tiene la característica de ser a la vez usuario y formador de sus recursos humanos, tanto profesionales, como enfermeras, técnicos y obreros calificados.

Al surgir la necesidad de formación de dichos recursos, tanto en el campo de la producción como de los servicios de salud o de la docencia, el "usuario" debe presentar una solicitud cuantitativa y cualitativamente fundamentada al Viceministro de la subrama que corresponda, según el tipo de personal que se pretenda formar, para que realice un análisis al efecto. Una vez aprobado por el Viceministro correspondiente, se presenta la solicitud al Viceministro a cargo de la Docencia (figura 3). El documento debe contener los siguientes aspectos: a) fundamentación (necesidades de formación de personal, número de técnicos u obreros calificados a formar anualmente y por qué tiempo), y b) perfil ocupacional (nombre de la especialidad, nivel de calificación que obtiene el graduado, relación de cargos o puestos de trabajo que puede ocupar el graduado de la especialidad, relación de funciones y operaciones que obligatoriamente deben ejecutarse en cada puesto de trabajo o cargo). El Viceministro a cargo de la Docencia realiza un estudio de factibilidad teniendo en cuenta los recursos humanos y materiales necesarios para la creación del curso en la especialidad solicitada, la base material de estudio necesario, los centros de estudio asistenciales, docentes o de producción requeridos, y la

Figura 3. Pasos para la aprobación de nuevas carreras.



fecha probable de comienzo. Las conclusiones de este estudio se elevan al Ministro de Salud Pública para su aprobación o denegación, por su Consejo de Dirección. Si fuera aprobada la creación de esa nueva especialidad, el Viceministro de Economía del Sistema Nacional de Salud presentará la solicitud de aprobación del cargo al Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social y al Comité Estatal de Finanzas. La Dirección Nacional de Docencia Médica Media, lo hará al Ministerio de Educación.

La aprobación por los diferentes organismos anteriormente mencionados es lo que garantiza por parte del Estado que todo graduado pueda tener asegurado su puesto de trabajo y su salario, de acuerdo con la categoría establecida en la escala salarial correspondiente, determinada por las leyes, decretos y resoluciones laborales.

ELABORACION DE LOS PLANES DE ESTUDIOS Y PROGRAMAS

Una vez aprobadas las nuevas carreras (especialidades) por los niveles administrativos del Sistema de Salud y organismos del Estado correspondientes, se procede a la elaboración de los planes de estudio y programas para los cuales la Dirección Nacional de Docencia Médica Media sigue los siguientes pasos:

- Creación de una comisión multidisciplinaria de especialistas, profesionales y técnicos con experiencia docente, presidida por un metodólogo de la Dirección Nacional de Docencia Médica Media. Esta comisión elabora un plan de trabajo con las tareas a realizar y fechas de cumplimiento.
- Elaboración del perfil educacional de la especialidad. El perfil educacional es

la base sobre la cual se confeccionan los planes de estudio y programas de cada especialidad, y debe tener correspondencia con el perfil ocupacional de dicha especialidad. Es un conjunto de conocimientos, hábitos y habilidades que han de dominarse para el ejercicio de un oficio o profesión y que se consigna en los documentos oficiales que rigen el proceso de enseñanza-aprendizaje de los alumnos (plan de estudio y programas).

- Elaboración, por parte de la Comisión, de los objetivos educacionales que los alumnos deben alcanzar, partiendo desde los más generales (objetivos terminales) dados por los de la formación plena de los alumnos al finalizar sus años de estudio en dicha especialidad; los objetivos a alcanzar a mediano plazo (objetivos de asignaturas, semestres o años académicos), y los objetivos a corto plazo (objetivos específicos). Todos estos objetivos se determinan y formulan teniendo en cuenta los fines de la sociedad y los del Sistema Nacional de Salud y los de la especialidad en una derivación gradual, desde los más generales hasta concretarlos en los objetivos específicos de aprendizaje, considerándolos como un sistema interrelacionado entre sí. Una vez aprobados los planes de estudio y programas del Sistema Nacional de Salud, son comunes a todas las instituciones en las que se forma dicho personal. La comisión de elaboración del plan de estudio y programas tiene ante sí en esta etapa un trabajo laborioso y minucioso, pues debe partir del análisis de la ocupación o profesión señalando y clasificando todas las funciones y operaciones que deben realizarse así como los conocimientos necesarios para llevarlos a la práctica.

- Una vez ejecutado el paso anterior la comisión determinará los requisitos de ingreso para cursar la especialidad (carrera), uno de los cuales es la escolaridad (año o grado aprobado del Sistema Nacional de Educación).

- Del análisis de los conocimientos que debe poseer el graduado se determinan y estructuran los contenidos que van a tener las asignaturas que integrarán el plan de estudio, así como su clasificación (del ejercicio de la profesión, básicas específicas, básicas y de formación general).

- Al contenido de las asignaturas (teórico, teórico-práctico y práctico) se le dará un ordenamiento lógico-didáctico, estableciéndose su precedencia y subsecuencia dentro de cada asignatura y a su vez con las restantes del plan de estudio (red lógica).

- Como resultado del paso anterior se distribuyen las asignaturas por años y semestres y se determina el tiempo de formación para cada especialidad (en ningún caso excede de tres años). Se determinarán las horas dedicadas a la teoría y a las prácticas en cada asignatura, así como el tiempo global de cada una de ellas y la frecuencia en que se van a impartir, especificando el lugar o área adecuada para desarrollar las actividades (laboratorio, unidad docente-asistencial e institución docente).

- Se determinan después las actividades correspondientes a la etapa preprofesional. Esta práctica constituye una actividad de carácter integral, donde los alumnos aplican los conocimientos recibidos anteriormente, los consolidan y

enriquecen. Se realiza en el tiempo dispuesto en el plan de estudio (en el último año de la carrera), en centros de producción o servicios del Sistema de Salud.

- Para garantizar las actividades prácticas de los alumnos en las unidades asistenciales o de producción acreditadas previamente, se establecen convenios de colaboración suscritos por las direcciones de dichas unidades y las de los centros docentes (institutos o escuelas politécnicas de la salud o enfermería). Los convenios establecen la participación del personal asistencial en la formación de los futuros técnicos y la incorporación del personal docente al trabajo asistencial. Estos convenios facilitan la integración docente-asistencial.

- Como una forma de desarrollar la capacidad cognoscitiva de los estudiantes, y de estimular el interés por la investigación en el campo de la especialidad se ha establecido en los planes de estudio la elaboración del proyecto de grado, en el nivel técnico, y el trabajo de diploma, en el nivel de obrero calificado.

- Los temas seleccionados deben responder a los requerimientos actuales de la ciencia y la técnica y tratar sobre problemas reales a los que se enfrentarán los futuros graduados en la producción o en los servicios y en correspondencia con el perfil ocupacional de la especialidad.

- Una vez estructurados todos los programas de las asignaturas, planteadas todas las actividades a realizar, ordenada su secuencia lógica y didáctica, dosificado el tiempo que se va a destinar para la formación del personal de salud y trazada la estrategia a seguir, queda elaborada la propuesta del plan de estudios y los programas correspondientes. Esta propuesta es remitida al Departamento Metodológico del Ministerio de Educación, para su análisis y aprobación; finalmente, se promulga por resolución ministerial.

- La Dirección Nacional de Docencia Médica Media tiene la responsabilidad de la impresión de los planes de estudio y programas para la formación de los recursos humanos de nivel medio u obrero calificado en el campo de la salud.

- La elaboración de libros de textos que correspondan con las asignaturas técnicas de los planes de estudio es una tarea y línea de trabajo a la que dicha Dirección otorga prioridad; aunque no se ha llegado a cubrir todas las necesidades, se trabaja por alcanzar dicho objetivo.

- Para la organización y control del proceso de enseñanza-aprendizaje y puesta en práctica de los planes de estudio y programas, el Subsistema se vale de documentos normativos del Ministerio de Educación y del Ministerio de Salud Pública (indicaciones metodológicas, reglamentos, resoluciones, circulares, cartas metodológicas, etc.) que rigen dicho proceso y que son de cumplimiento obligatorio.

ACREDITACION DE AREAS DOCENTES

Una de las condiciones esenciales para que se lleve a la práctica la formación de las enfermeras, técnicos u obreros calificados, en las distintas

especialidades, es el aseguramiento de la base material y recursos humanos que intervienen en el proceso de formación de dicho personal. Para saber si dicha formación es factible, la Dirección Nacional de Docencia Médica Media procede a acreditar las áreas para conocer si estas cumplen los requisitos docentes indispensables para desarrollar los cursos.

La metodología que se sigue consiste en:

- Nombrar una comisión integrada por técnicos y profesionales de la especialidad, con experiencia docente y metodólogos del nivel nacional.
- Aplicar un instrumento o guía para la acreditación docente, en la que se recoge la información necesaria en cuanto a:
 - a) Capacidad de las instituciones docentes, asistenciales o de producción, en relación con el número de alumnos a formar que rotará por ellas, de acuerdo con lo planteado en el plan de estudio de la especialidad.
 - b) Recursos materiales necesarios (equipos, instrumentos, laboratorios, talleres) para la adquisición de los conocimientos y desarrollo de las habilidades y hábitos de trabajo, según el perfil educacional de las especialidad, que está reflejado en el contenido de los programas teórico-prácticos y prácticos.
 - c) Recursos humanos imprescindibles (tales como número de profesores que van a impartir las asignaturas, tanto en los institutos politécnicos, como en las áreas prácticas-hospitales, policlínicos, talleres de producción, etc.), así como la calificación profesional o técnica de dicho personal. En el caso de las especialidades clínicas y diagnósticas, el centro docente-asistencial donde se vaya a desarrollar la especialidad debe tener suficiente variedad de patologías, para darle cumplimiento, desde el punto de vista práctico, al contenido de los programas.
- La comisión dictamina la condición docente del área visitada; en el caso de que la misma no sea acreditada, se establece un cuerpo de recomendaciones, con el objetivo, de que una vez cumplimentado, se realice una segunda visita de evaluación. Una vez cumplido el plazo, la comisión de acreditación realiza una nueva visita para comprobar el cumplimiento de las recomendaciones y aprobar o denegar dicha acreditación.

FUENTE DE CAPACITACION DE LOS ALUMNOS

El Subsistema de Docencia Médica Media se nutre de dos fuentes principales de alumnos para la formación del personal de salud: a) egresados del subsistema de educación general (9° y 12° grados), y b) trabajadores procedentes del Sistema Nacional de Salud.

El nivel de escolaridad exigido para el ingreso en los cursos de formación de enfermeras, técnicos u obreros calificados está de acuerdo con los requisitos planteados en los planes de estudio de cada especialidad.

El Subsistema tiene establecido un plan de captación para los alumnos del Sistema Nacional de Educación (Formación Vocacional y Orientación Profesional) que consiste en la creación de "círculos de interés" en las diferentes especialidades de la rama de la salud, en los que participan los alumnos del Sistema Nacional de Educación (desde el 4° al 12° grados), motivando y orientándolos en la selección de la carrera deseada.

Hay especialidades como enfermería, rayos X y otras, en las que se exigen requisitos adicionales (psicológicos, biológicos, aprovechamiento académico y otros) que los alumnos deben cumplir.

LA EVALUACION DEL PROCESO Y DEL PRODUCTO

Todo proceso en el que interviene el hombre requiere de planificación, ejecución y control sistemático, con objetivos bien definidos que guíen su marcha, así como de la evaluación, tanto del propio proceso como del producto.

Partimos del concepto del término *control* en cuanto a todo medio y procedimiento que se utiliza para conocer la marcha y resultado de un proceso, teniendo en cuenta los objetivos propuestos, y el de *evaluación* como componente esencial del proceso, que parte de la definición misma de los objetivos que lo dirigen y concluye con un juicio de valor, basado en la determinación del grado de eficiencia del proceso, dado por el cumplimiento de dichos objetivos.

La evaluación constituye un problema complejo y controvertible en todos los campos, pues en ella pueden intervenir componentes que dificulten la confiabilidad de los instrumentos que se apliquen.

Para el Subsistema de Docencia Médica Media, es importante evaluar la eficiencia del proceso de formación de sus recursos humanos, en la medida que comprueba la correspondencia o desviación entre el perfil educacional (que plantean los planes de estudio), el perfil ocupacional del graduado y las necesidades del usuario.

Para dirigir y controlar el proceso de enseñanza-aprendizaje y contribuir a la eficiencia del mismo en el logro de los objetivos planteados, el Ministerio de Salud Pública y el de Educación han elaborado documentos normativos de obligatorio cumplimiento. Entre los documentos normativos importantes se encuentra la resolución del Ministerio de Educación y la Carta Metodológica que norma el sistema de evaluación académica para aplicar de manera uniforme en todos los centros de formación de personal de salud del Subsistema de Docencia Médica Media del país, en

cuanto a: a) asignaturas teóricas y teórico-prácticas, b) asignaturas prácticas, c) actividades prácticas en los servicios, d) prácticas preprofesionales, e) proyectos de grado y f) proyectos de diploma.

El conjunto de actividades de supervisión que utiliza el Subsistema para comprobar la eficiencia y eficacia del proceso de formación de recursos humanos, consiste en controles y evaluaciones indirectas y directas. Como evaluaciones indirectas podemos citar: el sistema de información estadístico, los informes periódicos de unidades y centros de formación del personal de salud, y la información que se recibe por medio de los grupos asesores de cada especialidad del nivel nacional y de las provincias. Como evaluaciones directas se encuentran: las supervisiones e inspecciones que realiza el equipo de metodólogos de la Dirección Nacional de Docencia Médica Media en cada unidad docente o centro docente-asistencial o de producción en los que se forma personal de salud de nivel medio u obrero calificado. Las unidades y centros se visitan como mínimo dos veces al año, en un plan elaborado, con objetivos definidos, al inicio del curso escolar y durante su desarrollo. En las visitas se supervisan e inspeccionan las actividades del proceso de enseñanza-aprendizaje, los recursos materiales disponibles (base material de estudio y de vida), fuerza profesoral existente en cada institución, aspectos higiénico-sanitarios de las instalaciones e inmuebles, horarios escolares, régimen de vida, cumplimientos de las normas y directivas para el desarrollo de dicho proceso, promoción y retención escolar, actividades extraescolares de los alumnos, etc.

Al finalizar la inspección o supervisión se elabora un informe de las deficiencias detectadas en cada unidad y un plan de medidas encaminadas a erradicarlas. En visita posterior se controla el cumplimiento del plan de medidas y el logro de sus objetivos.

Una vez visitadas todas las instituciones donde se forma personal docente del subsistema, en la provincia de que se trate, se elabora un informe analítico que ofrezca una visión del estado en que se encuentra el desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje en la provincia, en aquellos aspectos mencionados anteriormente.

Al finalizar cada curso escolar se prepara un informe nacional resumiendo los resultados obtenidos, tanto positivos como negativos, que hayan incidido de manera decisiva en el desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje en el Subsistema y se analiza con los funcionarios a quienes compete.

Como una nueva experiencia, en el actual curso escolar se han aplicado a los alumnos instrumentos que miden objetivos de aprendizaje esenciales (teóricos y prácticos), según contenido de los programas, desarrollados

hasta la fecha de la visita, con el fin de comprobar si existen desviaciones en el alcance de dichos objetivos.

A los profesores se les aplica también instrumentos que miden el dominio de los documentos normativos que rigen el proceso docente-educativo.

Las inspecciones generales son realizadas por un equipo permanente del Ministerio de Salud Pública, que atiende y controla todas las actividades del sistema de salud y por esta vía se recibe información sobre aspectos que interesan al Subsistema y que permite conocer el comportamiento, en el puesto de trabajo, de los técnicos y obreros calificados, tanto los que están en formación como los egresados. Esta inspección general refuerza y enriquece el criterio que se obtiene a través de las inspecciones específicas del Subsistema de Docencia Médica Media.

Entre las otras formas de retroalimentación pueden señalarse los informes que se reciben del aparato administrativo, tanto nacional como provincial, a través de los Organos del Poder Popular y que a su vez recogen información directa de la comunidad, y los criterios sobre la formación del personal de salud y la calidad de la atención a la población, planteados por la comunidad.

Como hemos señalado, existe un conjunto de normas, medidas, disposiciones, procedimientos generales y particulares que, conjuntamente con el sistema de supervisión directa o indirecta, constituyen la fuente de información que retroalimenta permanentemente al subsistema docente y que permite los reajustes sistemáticos a los programas de las asignaturas, así como la actualización periódica de los planes de estudio.

Hasta aquí hemos referido, entre otros aspectos, las formas de evaluación y control que se han utilizado, pero realmente no contamos aún con un instrumento de evaluación totalmente confiable, obtenido mediante investigaciones científico-pedagógicas, que nos permita evaluar la correspondencia entre el nivel de desempeño del graduado, su perfil ocupacional y el perfil educacional del plan de estudio de la especialidad. Sin ese instrumento de evaluación se corre el riesgo de que no coincidan los perfiles con el nivel de desempeño y obtengamos un egresado del subsistema que no responda completamente a las necesidades que exige el sistema de salud.

En algunas especialidades, como enfermería y laboratorio clínico, se han realizado y realizan investigaciones por muestreo, que miden los criterios sobre el grado de desempeño del egresado en su puesto de trabajo. Estas investigaciones han proporcionado conocimientos sobre la capacidad del subsistema en la formación de un egresado que satisfaga las necesidades del usuario y las expectativas de la población.

Aunque las investigaciones que se realizan han comenzado a dar frutos positivos, se hace necesario la elaboración de instrumentos más precisos que sean capaces de medir, cada vez con más efectividad, el grado de concordancia entre los niveles de desempeño y los perfiles educacionales y laborales.

A partir del presente curso escolar, con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud, se iniciará un programa orientado a la creación y aplicación de instrumentos de evaluación que permitan medir con mayor rigor la calidad del desempeño de los egresados. Los resultados de estas investigaciones facilitarán la corrección de las desviaciones que pueden ocurrir durante el período de formación, así como perfeccionar los programas de educación continua orientados a mejorar el nivel de desempeño de los graduados.

RESUMEN

Un problema difícil de evaluar en el desempeño profesional de los egresados de centros formadores de personal de enfermería y técnicos de salud es el de su aceptación por parte de las instituciones usuarias. No obstante que en Cuba el Ministerio de Salud Pública es a la vez formador y usuario de ese recurso, se producen diferencias entre la calidad de los egresados y las necesidades de los servicios.

Para resolver ese problema, se creó la Dirección Nacional de Docencia Médica Media, orientada en sus labores por el Ministerio de Educación y el de Salud Pública. Después de hacer una breve reseña histórica de los pasos que se dieron para crear un subsistema educacional eficiente y efectivo en este campo, en el artículo se enumeran los diversos institutos y escuelas politécnicas del país que componen ese sistema, así como la metodología utilizada en la elaboración de planes de estudio y programas.

También describen los autores el procedimiento empleado en Cuba para evaluar la eficiencia de la formación de recursos humanos en relación con el perfil educacional y ocupacional del graduado y las necesidades de los servicios.

BIBLIOGRAFIA

- Andrade, J. *Marco conceptual de la educación médica en América Latina*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 28, 1979.

Cuba. Seminario Nacional para Dirigentes Metodológicos e Inspectores de las Direcciones Provinciales y Municipales de Educación, 1978-1979.

Cuba. Carta Metodológica No. 6. Normas para la Evaluación Académica en el Subsistema de Docencia Médica Media. Ministerio de Educación/Ministerio de Salud Pública.

Cuba. Resolución 255/79 del Ministerio de Educación.

Cuba. Documentos Normativos NIMED y MINSAP para el desarrollo del proceso docente-educativo.

Cuba. Indicaciones metodológicas para la organización y desarrollo del proceso enseñanza-aprendizaje en la capacitación técnica para los trabajadores. Libro No. 3-1976. Ministerio de Educación.

Cuba. Indicaciones generales del Viceministro a cargo de la Docencia para el desarrollo del trabajo educativo y administrativo en los centros de docencia médica media y el trabajo de capacitación técnica para los trabajadores de la salud durante el curso escolar 1981-1982. Septiembre de 1981. Ministerio de Salud Pública.

Cuba. Reunión de Análisis y Resumen del Curso Escolar 1980-1981. Dirección Nacional de Docencia Médica Media. Septiembre de 1981.

Cuba. Tesis y Resoluciones del Primer Congreso del Partido Comunista de Cuba sobre política educacional. 1976.

Chirino, L. y A. Sánchez Montes. Planes de estudio para la formación de los técnicos medios de la salud—Metodología, Actividades prácticas—Experiencia de Cuba. Abril de 1979.

Dnilov, M. A. y M. N. Skatkinm. *Didáctica de la escuela nueva*. Editorial de Libros para la Educación. Cuba, 1978.

Hernández Elías, R. Niveles de atención y regionalización de los servicios. Conferencia celebrada en noviembre de 1979.

Kleindorf, B. La docencia médica media en Cuba. *Rev Cub Adm Salud* 5:15-31, 1979.

Kluigberg, L. *Introducción a la didáctica general*. Editorial Pueblo y Educación (Traducción del alemán). Cuba, 1972.

Organización Mundial de la Salud. Normas para la evaluación de los objetivos de aprendizaje en la formación del personal de salud. Publicación en Offset No. 38. Ginebra, 1977.

Organización Mundial de la Salud. *Introducción a la preparación de planes de estudio de medicina basados en la competencia*. Cuadernos de Salud Pública 68. Ginebra, 1978.

Organización Panamericana de la Salud. Informe Final del I Taller Internacional para el Desarrollo de la Formación de Técnicos Medios de Salud. Camagüey, Cuba, 1979.

Organización Panamericana de la Salud. Informe Final del II Taller Latinoamericano sobre la Formación de Técnicos Medios en Salud. Cumaná, Venezuela, 1980.

SOME PROBLEMS IN THE TRAINING AND PERFORMANCE EVALUATION OF NURSING PERSONNEL AND HEALTH TECHNICIANS (*Summary*)

One aspect that is difficult to evaluate in the performance of graduates of nursing and health technician training centers is their acceptance by the establishments that employ them. Even though in Cuba the Ministry of Public Health is responsible for both the training and employment of these personnel, differences arise between the qualifications of the graduates and the needs of the services.

The Office of the National Director of Intermediate Medical Education was instituted in order to solve this problem; it operates under the guidance of the Ministries of Education and of Public Health. After a brief review of the steps leading to the establishment of an efficient and effective educational subsystem in this field, the article enumerates the various polytechnic institutes and schools comprised in that system, and the methods by which study plans and programs are drawn up.

The authors also describe the procedure used in Cuba to evaluate the efficiency of manpower training in relation to the graduate's educational and occupational profile and the needs of the services.

ALGUNS PROBLEMAS DA FORMAÇÃO DO PESSOAL DE ENFERMARIA E TÉCNICOS DA SAÚDE E AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO (*Resumo*)

Um problema difícil de avaliar no desempenho profissional dos egressos de centros formadores de pessoal de enfermagem e técnicos da saúde é sua aceitação pelas instituições usuárias. Em Cuba, o Ministério da Saúde Pública é ao mesmo tempo formador e usuário desses recursos, mas mesmos assim há uma certa defasagem entre a qualidade dos egressos e as necessidades dos serviços.

Para resolver esse problema, criou-se a Diretoria Nacional de Docência Médica Média, cujos trabalhos são orientados pelos Ministérios da Educação e Saúde Pública. Após efetuar uma breve resenha histórica das medidas adotadas para se criar um subsistema educacional eficiente e efetivo nesse campo, o artigo enumera os diversos institutos e escolas politécnicas do país que compõem esse sistema, bem como a metodologia utilizada na elaboração de planos de estudo e programas.

Os autores também descrevem o procedimento empregado em Cuba para avaliar a eficiência da formação de recursos humanos com relação ao perfil educacional e ocupacional do graduado, e as necessidades dos serviços.

PROBLÈMES POSÉS PAR LA FORMATION DU PERSONNEL INFIRMIER ET DES TECHNICIENS DE LA SANTÉ ET ÉVALUATION DE L'EXERCICE DE CES PROFESSIONS (*Résumé*)

L'un des aspects difficiles à évaluer dans l'exercice de la profession des diplômés des centres de formation du personnel infirmier et technique de santé est celui de leur acceptation de la part des institutions qui utilisent leurs services. A Cuba, bien que le ministère de la santé publique soit à la fois celui qui forme et qui utilise ce personnel, on observe des différences entre la compétence des diplômés et les besoins des services.

Pour résoudre ce problème a été créée la Direction nationale de la formation médicale intermédiaire, qui relève à la fois du ministère de l'éducation et du ministère de la santé publique. Après un bref historique des événements qui ont abouti à la création d'un sous-système de formation efficace dans ce domaine, cet article énumère les divers instituts et écoles techniques du pays qui constituent ce système, ainsi que la méthode utilisée pour l'élaboration des plans et programmes d'études.

Les auteurs décrivent également la méthode employée à Cuba pour évaluer l'efficacité de la formation des ressources humaines, en fonction des études effectuées par le diplômé et de ses caractéristiques professionnelles, et en fonction des besoins des services.

Universidade e mudança¹

BERTOLDO KRUSE GRANDE DE ARRUDA²

POR QUE UM NOVO ENFOQUE DA EDUCAÇÃO UNIVERSITÁRIA?

Estamos vivendo um período histórico singular, caracterizado por acontecimentos, circunstâncias, conflitos e também por progressos que o fazem diferente dos precedentes. Mas isto é a própria realidade humana, ou melhor, o reflexo da vida dos que a constroem, impulsionam e transformam.

Se, nos últimos anos, os incessantes progressos da tecnologia, por um lado, provocaram significativas mudanças em nossos costumes e atitudes, por outro, estimularam nossas aspirações, ao mesmo tempo que se evidenciava, particularmente no Terceiro Mundo, a incapacidade das sociedades para satisfazê-las.

É procedente, então, a afirmativa de Kolakowski (5), de que “vivemos numa época em que acreditamos que a ciência pode nos salvar e pode nos levar à extinção; ao mesmo tempo, percebemos nossa impotência em controlá-la”. Daí ser imprescindível o uso de distintas alternativas que compatibilizem o esforço de desenvolvimento com o patrimônio ambiental.

Este é o grande desafio para aqueles que buscam um novo humanismo, na ânsia de restituir ao homem a primazia em todos os aspectos do desenvolvimento, tarefa que, dizem os especialistas, está a exigir novas formas de tratamento, porque somos mais, vivemos mais e aspiramos àquilo que só muito poucos logram alcançar.

Hoje, os países do Terceiro Mundo estão diante de um quadro gravíssimo, no qual a subalimentação cria situações de permanente falta de energia e debilidade da população, tornando-a vulnerável às doenças. De parceria com a pobreza e a fome, esses problemas dão origem a uma atmosfera de frustrações que se transformam rapidamente em hostilidade e geram condições de intranquilidade política e instabilidade econômica,

¹Adaptado de uma conferência proferida na Universidade do Rio de Janeiro (UNI-RIO), por ocasião do 40º aniversário do curso de Nutrição.

²Presidente do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN).

pelo fato de a humanidade ter consciência de seu direito a um estado de bem-estar não conhecido antes e que se traduz com freqüência em maiores exigências.

Daí vemos com otimismo este reencontro com os estimados colegas desta escola, que se dedicam à formação do nutricionista ajustado a um novo perfil profissional, compatível com o momento presente, exercitando uma educação sensível e útil para a comunidade. Todos aqui estão côncios de que as crescentes necessidades sociais exigem revisões profundas nas estruturas técnico-administrativas e nos programas de estudos, tendo em vista alcançar o equilíbrio entre a pragmática e a doutrina, a conciliação do plano do conhecimento com o plano de ação.

Sabemos das dificuldades que revestem tal intento, num contexto institucional geralmente conservador como a Universidade, quase sempre em aparente contradição com o liberalismo individual de seus membros.

O consenso indica que, se há algo que necessita de dinamismo, tal é o caso da educação universitária, que tem de evoluir de acordo com as transformações da sociedade e precedê-las, investigando suas origens e conseqüências, assim como a solução dos problemas que podem se apresentar, buscando, antes de tudo, descobrir, sem hesitações e constantemente, o conjunto de valores que poderá orientar as novas gerações.

Para isso, talvez devêssemos adotar o que sugere Popper (*β*): uma atitude racional nas relações sociais, pois qualquer outra atitude leva com facilidade ao recurso da violência. E aconselha esse filósofo que se desenvolva “a luta pela eliminação de inconvenientes concretos, tais como a pobreza, a ignorância e as doenças, tornando a vida de cada geração um pouco menos penosa e um pouco menos injusta”. Isso, porém, sem “argumentar que o sofrimento de uma geração pode ser considerado como um meio para o fim de garantir a felicidade duradoura de gerações posteriores, nem consolar-nos com o fato de que se trata de uma situação histórica temporária”.

OS RECURSOS HUMANOS NA ESTRATÉGIA DE DESENVOLVIMENTO

Numa perspectiva realista, creio ser a universidade o cenário ideal para o exercício de uma proposta de reconstrução da sociedade, de vez que o objetivo maior do nosso esforço de aprendizagem será contribuir para um desenvolvimento sócio-econômico auto-sustentado. Nesse sentido, os países do Terceiro Mundo ressentem-se da insuficiência de três fatores in-

dispensáveis para realizá-lo: recursos humanos, tecnologia própria e um quadro institucional adequado, tríade que deve ser planejada em estreita intercorrelação.

No que tange aos recursos humanos é imperioso atingir efetivamente um nível de qualificação e quantificação capaz de propiciar o uso produtivo dos recursos naturais e do estoque de capital. Esse uso pressupõe a existência de uma base tecnológica autônoma e de um contexto institucional que favoreça a assimilação e aplicação dos conhecimentos adquiridos.

Dentro desse prisma, vê-se que os demais insumos só se tornam dinâmicos na medida em que recebem a intervenção humana. Daí a importância de atribuir aos recursos humanos, que constituem a variável estratégica de todo o processo, uma dimensão econômica, humana e social. Por isso, recomendam os especialistas que evitemos respaldar as discussões e definições nesse campo apenas em estudos de oferta e demanda. Orientados pelas condições de venda da força de trabalho, de preço e quantidade de mão-de-obra, esses estudos deixam de levar em conta uma série de elementos que ajudam a compreender o ser humano como alguém que reflexiona, que age e que decide, dentro tanto como fora do processo produtivo. É esse caráter multidimensional que deve reger a abordagem dos recursos humanos ou, em linguagem econômica, do capital humano.

Assim, a conceituação de recursos humanos envolve dois enfoques: o de utilização e o de participação. No primeiro, como capital humano, a mão-de-obra é vinculada real ou potencialmente ao sistema produtivo; no segundo, como agente de transformação da realidade, é capaz de construir uma sociedade cada vez mais humana. Tal concepção implica a noção de desenvolvimento como resultante de mudanças promovidas pelo homem, as quais são complexas e comumente adquirem, conforme Lévi-Strauss (6), “a característica de uma onda que, uma vez em movimento, nunca pode ser canalizada numa direção permanente”. Nessa dinâmica, em parte cumulativa, o passado, longe de ser destruído de todo, é sempre parcialmente incorporado ao presente.

O mais aconselhável seria que as diretrizes e planos relacionados com os recursos humanos respeitassem o modelo organizacional do sistema que os absorve e os mecanismos reais que definem as respectivas políticas vigentes em cada sociedade, sem descer à profundidade e ao detalhe, e dando prioridade à distribuição dos recursos qualificados para áreas profissionais consideradas imprescindíveis ao desenvolvimento. Essa postura é válida para evitar o risco de que tais formulações resultem artificiais ou dissociadas das verdadeiras necessidades do país, uma vez que as decisões

políticas são tomadas fundamentalmente com base em juízos de valor, e não segundo critérios científicos.

No Brasil, o perfil dos recursos humanos passou neste último decênio por expressivas modificações. Alguns fatos merecem destaque:

- o descenso da taxa de crescimento demográfico e o aumento da expectativa de vida, levando ao envelhecimento relativo da população, daí resultando maior tempo de permanência de pessoal no mercado de trabalho;

- a existência, segundo os resultados do censo de 1980, de uma mão-de-obra economicamente ativa de 42 milhões de pessoas (35% da população), com uma progressiva urbanização e conseqüente mudança de estilo de vida;

- uma oferta de mão-de-obra portadora de grau universitário em rápida ascensão, segundo dados do Ministério de Educação e Cultura (1). O número de diplomados em todos os cursos superiores oferecidos no país, de 53.771 em 1970, subiu para 231.000 em 1980. Todavia, é interessante verificar que essa expansão, apesar da prioridade atribuída à agricultura, não ocorreu na área das ciências agrárias, como seria de esperar. Correspondem a esta área apenas 2,6% dos que se diplomaram—aliás, o percentual mais baixo—, em contraposição ao registrado na área das ciências humanas, que concentrou 56% dos diplomados.

Outrossim, os registros assinalaram a ocorrência de uma oferta de portadores de diploma universitário maior do que a de profissionais de nível médio, sem perspectivas de que a economia viesse a crescer a taxas elevadas e constantes, a fim de absorver todos os que se diplomam a cada ano. Desse modo, acentuam-se os desníveis sociais e suas repercussões na qualidade da mão-de-obra, agravando-se a situação com o espectro do desemprego, que tem crescido ultimamente, tornando o quadro ainda mais alarmante.

No tocante ao Segundo Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (II PRONAN), foram previstas atividades de capacitação e aperfeiçoamento de recursos humanos como suporte à elaboração e implementação de linhas programáticas finalísticas.

Vale ressaltar a tônica no apoio a cursos de nutrição, inclusive os estudos sobre a formação do nutricionista. Em nosso país, é a profissão mais jovem dentre as que compõem as chamadas “profissões de saúde”, abrindo-lhe o II PRONAN um novo mercado de trabalho. E os especialistas vêm no mercado de trabalho um fator hegemônico na determinação do perfil do profissional a ser formado, circunstância que requer o conhecimento da realidade organizacional e funcional dos serviços. Daí a

necessidade de que esse profissional, bem como os demais componentes da equipe, seja capaz de responder às expectativas da sociedade e às exigências das instituições harmonicamente comprometidas na execução da política governamental no campo alimentar e nutricional, mormente no caso brasileiro, pelo fato de inserir marcos conceituais e operacionais inovadores.

OS PRINCIPAIS PROBLEMAS NA FORMAÇÃO DO NUTRICIONISTA

Em obediência às diretrizes de ação fixadas no II PRONAN, o INAN deu início em 1975 a atividades que visavam à melhoria da formação do profissional nutricionista, em cooperação com a Universidade Federal de Pernambuco. Paralelamente, realizou-se o I Diagnóstico de Cursos de Graduação em Nutrição, com a participação do MEC e da OPAS, que permitiu detectar os principais problemas na formação desse profissional.

Com relação aos planos curriculares vigentes àquela época, verificou-se não estarem ajustados ao modelo idealizado para a formação do nutricionista, em função do PRONAN. Esse problema era agravado pela montagem e exploração incorreta dos currículos, em termos de relacionamento, ordenação e seqüência de conteúdos e experiências de aprendizagem, dando ênfase à carga teórica, em detrimento da prática.

Os dados obtidos sobre a situação dos professores indicaram a necessidade de capacitar docentes em planejamento de ensino, bem como a carência de treinamento a nível de pós-graduação em áreas específicas.

O mesmo estudo mostrou ser insatisfatória a situação do alunado, em virtude das necessidades de orientação pedagógica e profissional, das dificuldades para ingresso ocasionadas pelo reduzido número de vagas em algumas universidades, da falta de condições para o desenvolvimento de práticas e das poucas oportunidades de experiências fora dos muros da Universidade, utilizando para isso mecanismos de extensão universitária ou outros similares. Esse conjunto de fatores, por sua vez, reforçava e acentuava a incompatibilidade entre as exigências das instituições empregadoras e os níveis de competência alcançados pelo profissional recém-graduado.

Tomando por base o marco de referência utilizado em Alimentação/Nutrição, as diretrizes do II PRONAN e o conjunto de prioridades sugeridas pela Comissão que realizou o I Diagnóstico, o INAN desenvolveu, a partir de 1976, intensa atividade com vistas à melhoria da formação do

nutricionista. As medidas postas em prática tinham a finalidade de promover a aproximação entre as instituições formadoras e as instituições utilizadoras de recursos humanos, de modo a permitir o reforço mútuo e a remoção das dificuldades identificadas.

Assim, celebrou-se um Protocolo de Cooperação entre o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição e o Ministério da Educação e Cultura, visando à implementação de uma ação integrada em benefício da formação de profissionais de nível superior—graduação e pós-graduação—, bem como ao desenvolvimento de pesquisa e de extensão universitária na área de alimentação e nutrição.

A operacionalização do Protocolo foi viabilizada através da prestação de assessoria técnica e da celebração de convênios com universidades mantidas pelo setor público, envolvendo a participação do MEC.

No campo da assessoria técnica, o INAN ofereceu apoio a 11 universidades, localizadas em diversas regiões brasileiras, com exceção da Região Centro-Oeste. As ações mais relevantes, neste particular, foram: apoio à elaboração de projetos; orientação pedagógica, visando à reestruturação e/ou elaboração de propostas curriculares e ampliação de campos de estágio; análise das pré-condições para implantação de cursos de graduação e/ou oferta de cursos de pós-graduação.

A celebração de convênios possibilitou implementar as recomendações emanadas do I Diagnóstico e do I Seminário Brasileiro de Cursos de Graduação em Nutrição, também realizado em 1975. Para tanto, foram elaborados projetos específicos, com a finalidade de elevar o padrão de qualidade na formação do nutricionista. Dentre as atividades contempladas com financiamento constavam: contratação de pessoal científico; capacitação e reciclagem de professores; intercâmbio com outras instituições; atualização do acervo bibliográfico, com a aquisição de livros e revistas, além do Projeto INAN/BIREME; e investigação e utilização de metodologias aplicáveis ao processo de ensino-aprendizagem.

Em termos de recursos financeiros, foi comprometido na época um montante de Cr\$25,4 milhões, com a participação do INAN, do MEC e das universidades convenientes.

A Universidade Federal de Pernambuco recebeu a maior parcela dos recursos, com a finalidade de desenvolver novas experiências de aprendizagem e disseminá-las em sua área de influência (Regiões Norte, Nordeste e, posteriormente, Centro-Oeste).

Especialistas nacionais e da América Latina participaram das análises levadas a efeito para avaliar o desempenho alcançado com as referidas

medidas, no período 1976-80, quando foram detectados os principais obstáculos à execução dos projetos, tais como: prejuízos de algumas medidas retardadas por excesso de burocracia nas universidades; resistência às inovações, em termos de educação, por parte da administração universitária e de alguns docentes; incapacidade, em alguns casos, para utilizar todos os recursos alocados, o que resultou em prejuízo também do ponto de vista qualitativo.

As ações levadas a cabo, apesar das restrições, apresentaram resultados positivos relevantes. Dentre as vantagens auferidas, convém destacar: o ajustamento do currículo às necessidades atuais no campo da alimentação e nutrição, com modificações significativas na reorganização e objetivação de conteúdos e utilização de carga horária; a prioridade dada às práticas; a diminuição dos índices de evasão e repetência e a interligação universidade/unidades prestadoras de serviço, propiciando a retroalimentação necessária ao processo de formação profissional. As universidades convenientes também se beneficiaram, porquanto tiveram a possibilidade de ampliar seus quadros de pessoal e capacitar os recursos humanos envolvidos nas atividades postas em prática, além de contar com o aumento de seus recursos financeiros, físicos e materiais.

Todavia, as vantagens alcançadas com essas ações não puderam ser plenamente otimizadas ou transferidas, pois, ao mesmo tempo, começou a fase de crescimento acelerado do número de cursos de graduação em Nutrição, que passaram do total de 8 no início de 1975 para 30 em 1980.

A preocupação com esse fato determinou a realização de outro estudo, co-patrocinado pelo MEC, pelo INAN e pela FEBRAN, com a finalidade de oferecer subsídios às políticas nacionais em vigor no campo da educação, sobre a formação profissional do nutricionista, e paralelamente incrementar a interação das instituições envolvidas.

Com relação à expansão dos cursos, o segundo diagnóstico permitiu verificar que o crescimento beneficiara o setor privado, atraído pela criação de programas governamentais que contribuíram para aumentar o mercado de trabalho, notadamente o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT). As instituições privadas, que oferecem nove cursos de Nutrição, estão localizadas na Região Sudeste (cinco em São Paulo e um no Rio de Janeiro) e na Região Sul (três cursos no Rio Grande do Sul), isto é, nas Regiões economicamente mais desenvolvidas do Brasil, detentoras de 48% do total de vagas oferecidas no país.

A título de esclarecimento, convém lembrar que a oferta de novos cursos, na década de 70, não foi equivalente para todas as profissões, de acor-

do com dados constantes de recente publicação do MEC (2), que refere um acentuado declínio na oferta de cursos de Medicina, em oposição ao crescimento vertiginoso ocorrido nas áreas de Enfermagem e Nutrição. Esse mesmo trabalho levanta a hipótese de que a expansão ocorrida em Nutrição e Enfermagem foi propiciada pela contenção conseguida em Medicina, a primeira das carreiras a ter regulado o seu processo de crescimento.

A situação do corpo docente configurou-se bastante problemática, sobretudo no âmbito do ensino privado. As limitações mais graves, nesse particular, foram as seguintes: a expansão dos cursos não foi precedida ou acompanhada por medidas indispensáveis à capacitação de docentes; não houve incremento da pós-graduação *strictu sensu*; os docentes com formação básica em Nutrição permaneceram em desvantagem, relativamente a outros profissionais; o incentivo ao tempo integral foi observado apenas pelas instituições do setor público, pois no setor privado predomina a contratação com regime inferior a 20 horas semanais; na carreira docente, a posição do nutricionista é, preponderantemente, a de professor assistente.

Entretanto, revelaram os dados do segundo diagnóstico que o percentual de docentes habilitados a nível de especialização, que era de 34% por ocasião do primeiro, chegava agora a 49,42%. Nesse particular, vale pôr em realce a participação do INAN, ao dar prioridade à formação de docentes, através da celebração de convênios específicos com a Universidade Federal de Pernambuco, a Universidade de São Paulo/Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, e a Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Com relação ao currículo, as principais indicações foram as seguintes: não foi posta em prática a recomendação do diagnóstico de 1975, que dava prioridade ao desenvolvimento de estudos para traçar o perfil profissional do nutricionista, instrumento indispensável para reorientar a sua formação; sobrepõe-se à formação generalista desejada uma forte tendência à exploração de áreas de estudo mais solicitadas por parte do mercado de trabalho; existem outras distorções ocasionadas pelo manejo inadequado da carga horária, beneficiando a Biologia, no Ciclo Básico, e a Área Multidisciplinar, o que assegura o cumprimento do plano de estudo a um custo mais baixo; a formação profissional também é prejudicada pela colocação em segundo plano das Ciências Sociais e Econômicas, bem como das práticas e dos estágios supervisionados. Esse conjunto de dificuldades tem contribuído para a perda de função orientadora do currículo, dificultando a percepção do seu processo de formação por parte dos alunos, segundo depoimentos colhidos por ocasião das visitas realizadas às instituições de ensino.

POR QUE UMA REAVALIAÇÃO DO PROCESSO EDUCATIVO?

Estamos certos de que a análise dos diagnósticos realizados para avaliar o ensino da Nutrição no Brasil, objeto destas considerações, irá permitir uma reavaliação do processo educativo, mormente na época atual, marcada por crises que estão a exigir uma nova postura em relação ao tema. E essa influência será bem mais benéfica na medida em que se conseguir o duplo objetivo de revalorizar a educação generalista e a capacitação estudantil para um mercado de trabalho em rápida transformação.

É esse o ponto de vista defendido por Niskier (7), ao reclamar “estratégias que permitam educar para a crise, para um tipo de vida em permanente mudança”.

A esse respeito, há perspectivas animadoras, conforme editorial do *Jornal do Brasil* (4), ao observar que “o Ministério da Educação e Cultura está acenando com a possibilidade de uma alteração radical dos currículos”, visando a “preparar um profissional que tenha condições de se adaptar com facilidade incomparavelmente maior a situações novas”.

Para isso, julgamos essencial uma nova atitude dos corpos docentes e discentes, a fim de que a Universidade exerça o seu poder de construção, através do ensino, da pesquisa e da reflexão.

Esse novo enfoque conduz à concepção e materialização de uma escola na qual:

- os programas não sejam rígidos, adaptando-se, ao contrário, aos avanços dos conhecimentos e às necessidades da região;
- os métodos e materiais educativos sejam selecionados e adaptados aos requerimentos e à capacidade de aprendizagem dos alunos;
- o ensino e a pesquisa sejam orientados para uma realidade nosológica e tenham prioridade os projetos elaborados para resolver problemas da vida real;
- a tônica seja desenvolver no futuro profissional uma mentalidade inquiridora e uma capacidade de auto-educação independente e contínua;
- finalmente, por sua orientação geral e seus métodos de ação, não seja um núcleo estranho dentro da comunidade à qual pertence, mas que funcione como parte integrante da realidade social da região e contribua ativamente para o seu desenvolvimento.

Essa nova escola depende, por conseguinte, das potencialidades e aptidões, quer do professor—para que compreenda a natureza do aprendiz, os fatores que o obstaculizam, a importância que tem o interesse e o estímulo do estudante, as novas técnicas de ensino e avaliação e a relevância das relações pessoais entre o que aprende e o que ensina—, quer do

estudante—para que tenha efetiva participação tanto na busca da informação existente como na coleta e análise dos dados ao seu alcance, adquira o hábito de utilizar o tempo disponível de maneira produtiva, se interesse pelos problemas da sociedade em que vive e expresse as suas opiniões e dúvidas quanto às soluções propostas, sob a forma de argumentação lógica, com vontade de juntar-se ao esforço comum na procura de soluções melhores.

O PAPEL DA UNIVERSIDADE

Laborar nesse sentido é, em última análise, o modo correto para se atingir um mundo mais humano, mais tranqüilo, mais eqüitativo.

Tem razão Dahrendorf (3), ao reconhecer que “as sociedades são, à maneira dos organismos, construções funcionais. Enquanto cada um dos seus elementos contribui em algo para a manutenção do conjunto, não pode gerar perturbações do equilíbrio da sua própria estrutura”. Em que pese a sua ação perturbadora, os conflitos, ao contrário da acepção usual de disfuncionalidade, também podem ser funcionais. E o próprio Dahrendorf admite que tais conflitos são indispensáveis, quando fazem parte do processo social universal, pois neles se esconde uma excepcional energia criadora das sociedades.

É preciso entender que os conflitos se apresentam sob diversas formas e não apenas nas manifestações radicais menos desejáveis, em que o diálogo é substituído pelo desafio à autoridade constituída, a crítica construtiva pela reação emocional e imediata para uma enorme variedade de questões, a negociação e o debate pela pregação da violência.

Nisso reside a própria essência das relações sociais, onde o aparelho formador, a Universidade, não se deve restringir a mero transmissor de informações, mas assumir a responsabilidade de fator desencadeador de mudanças, as mesmo tempo que procura disciplinar a sua velocidade, direção, forma e dimensão.

Seria desejar muito? Não há motivo para perder a fé nas criaturas e nas instituições. Frente a problemas de tal magnitude, mas igualmente diante de muitas possibilidades, dever-se-ia buscar inspiração no Dr. Rieux, o famoso personagem de *A Peste*, de Albert Camus, quando, ao observar a conduta humana no momento álgido de tanta tragédia, exclamou: “Há nos homens mais coisas a admirar do que a deplorar.”

RESUMO

A formação do nutricionista ajustado a um novo perfil profissional, compatível com as exigências do quadro sombrio que se observa atualmente no Terceiro Mundo, é focalizada na perspectiva ideal de uma Universidade que tem como objetivo maior o desenvolvimento sócio-econômico auto-sustentado.

Para isso, sugere o autor a necessidade de: formar recursos humanos vinculados ao processo produtivo que sejam também agentes de transformação, com vistas para a construção de uma sociedade cada vez mais humana; ajustar os currículos às necessidades atuais no campo da alimentação e da nutrição; fazer com que a Universidade, mais do que mera transmissora de conhecimentos, assuma o papel de desencadeadora de mudanças, tirando partido para tanto inclusive da energia criadora gerada pelos conflitos que estão na base do processo social universal.

REFERÊNCIAS

(1) Brasil, Ministério da Educação e Cultura. *Boletim Informativo da Secretaria de Ensino Superior do MEC*, Brasília, março de 1982.

(2) Brasil, Ministério da Educação e Cultura, Secretaria da Educação Superior. *O Ensino da Nutrição no Brasil*; evolução, corpo docente e currículo, Brasília, 1982.

(3) Dahrendorf, Ralf. *As Funções dos Conflitos Sociais*, Centro de Documentação Política e Relações Internacionais da UnB, Brasília.

(4) *Jornal do Brasil*, Um Novo Ensino (editorial), Rio, 23 de abril de 1983.

(5) Kolakowski, Lszek. A Aldeia Inencontrável. Encontros Internacionais da UnB, Brasília, 1979.

(6) Lévi-Strauss, Claude. *Race and Culture in Race History*. Paris, UNESCO, 1958.

(7) Niskier, Arnaldo. Educação para Mudança, *Jornal do Brasil*, 23 de abril de 1983.

(8) Popper, Karl. Utopia e Violência. *Gazeta, Jornal de Brasília*, 16 de abril de 1983.

UNIVERSIDAD Y TRANSFORMACION (Resumen)

La formación del nutricionista ajustada a un nuevo perfil profesional, compatible con las exigencias del cuadro sombrío que se observa actualmente en el tercer mundo, es enfocada en la perspectiva ideal de una universidad cuyo objetivo principal es el desarrollo socioeconómico autosuficiente.

Para ello, el autor sugiere que es necesario formar recursos humanos vinculados al proceso productivo que sean asimismo agentes de transformación, con miras a construir una sociedad cada vez más humana; adaptar los programas de es-

tudios a las necesidades actuales en el campo de alimentación y nutrición; hacer que la universidad, más que simplemente transmisora de conocimientos, asuma el papel de desencadenadora de transformaciones, aprovechando para ello inclusive la energía creadora generada por los conflictos que son la base del proceso social universal.

THE UNIVERSITY AND CHANGE (*Summary*)

The training of the nutritionist, adjusted to a new professional profile compatible with the requirements of the current grave situation in the third world, is addressed from the ideal perspective of a university whose prime aim is self-sustained socioeconomic development.

The author suggests the need to train human resources for the production process who are also agents of change, with a view to building an increasingly humane society; to adjust curricula to meet current needs in the food and nutrition field; to make the university not just a transmitter of knowledge, but an agent of change by, among other ways, drawing on the creative energy unleashed by the conflicts that underlie all social processes.

UNIVERSITÉ ET TRANSFORMATION (*Résumé*)

La formation du nutritionniste adaptée à un nouveau profil professionnel, compatible avec les exigences du cadre particulièrement défavorable que l'on observe actuellement dans le tiers monde, est axée sur la perspective idéale d'une université dont le principal objectif est le développement socio-économique auto-suffisant.

De ce fait, l'auteur suggère qu'il faut former des ressources humaines liées au processus de production et qui soit par là-même des agents de transformation, afin de construire une société plus humaine; adapter les programmes d'études aux besoins actuels dans les domaines de l'alimentation et de la nutrition; faire en sorte que l'université, plus que simple propagateur de connaissances, devienne l'agent de la transformation, utilisant à cet effet l'énergie créatrice engendrée par les conflits qui sont la base du processus social universel.

Reseñas

EL RETO DE LA MEDICINA FAMILIAR EN LAS AMERICAS¹

Julio Ceitlín²

El Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF), que nació del programa original para América Latina, incluye en la actualidad a las Américas, España y Portugal. Sus objetivos principales son: el fomento del sistema de atención médica a la familia, atendido por médicos de cabecera competentes, debidamente diplomados, formados en excelentes programas educativos, dedicados a la medicina familiar como filosofía de la atención médica en la que el paciente desempeña una función activa, y comprometido con la actividad de educación médica continua; asegurar al público, al consumidor y a los agentes de los servicios de atención de salud que los médicos de familia son dignos de confianza.

Para lograr esas metas, el Centro realiza actividades diversas pero convergentes:

1. Creación y fomento de asociaciones profesionales y científicas eficaces a nivel nacional.
2. Creación, desarrollo y apoyo a programas de perfeccionamiento para formar a médicos generales.
3. Elaboración de programas educativos universitarios, para que los estudiantes de medicina entren en contacto con el sistema de atención médica a la familia.
4. La expansión de los programas de educación médica continua que abarca a la mayoría de los médicos generales/médicos de familia.
5. La formación de profesores para programas educativos de medicina familiar.
6. La producción y amplia divulgación de publicaciones (revistas, libros, etc.) sobre medicina familiar y temas afines en español y portugués, para estudiantes, educadores, el público, etc.

El Centro, fundado en agosto de 1981, dedica sus principales actividades a fomentar y apoyar las metas mencionadas en las Américas y en la Península Ibérica.

Cuando una idea, una filosofía o una doctrina debe llevarse a la práctica, surge la dificultad de la creación de una pauta operativa única, que pueda reproducirse en todas partes. El Centro es consciente de que cada país y aún más, cada institución, debe elaborar su propio modelo operativo adaptado a su propia realidad;

¹Basada en el documento presentado en la X Conferencia Mundial sobre Medicina Familiar de la World Organization of National Colleges and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA), Singapur, 20-24 de mayo de 1983.

²Director General, Centro Internacional para la Medicina Familiar, Buenos Aires, Argentina.

pero en donde es inflexible es en el mantenimiento de los principios que caracterizan a la medicina familiar como una disciplina y en la esencia del conocimiento, pericia y actitudes que distinguen la labor del médico de cabecera.

En América Latina y España, los organismos gubernamentales son los principales proveedores de los servicios de atención de salud, y los individuos e instituciones privadas contribuyen solo en pequeña escala. La pauta general, repetida con leves diferencias en la mayoría de los países, es la siguiente: el Ministerio de Salud y el Seguro Social cubren al 85-95% de la población. Bajo el Ministerio se incluyen los servicios ofrecidos por las provincias (estados) y municipalidades, financiados con fondos del gobierno (federal, provincial o local). Los servicios de salud ofrecidos por el Seguro Social reciben subsidios de tres fuentes diferentes: los trabajadores o empleados, los empleadores y el gobierno. El sector privado, integrado por individuos, dispensarios y hospitales que actúan independientemente, ofrece servicios de atención de salud a una pequeña proporción de la población (que oscila entre 5 al 15%) de elevado poder adquisitivo. En general, el Seguro Social ofrece esos servicios a operarios industriales urbanos y empleados, pero no atiende a la población rural. Los servicios del Ministerio de Salud cubren a la población rural y a la urbana menos privilegiada; al Ministerio le corresponden igualmente los programas de salud pública y de prevención (inmunizaciones, programas especiales maternoinfantiles, etc.).

Seguidamente se explica la situación de la medicina familiar en las Américas y cuáles son los desafíos a la organización y a los individuos dedicados a servir a las comunidades mediante el sistema de atención médica a la familia.

En un panorama general, se puede clasificar a los países de las Américas en cinco grupos, según el adelanto logrado en el campo de la medicina familiar:

- Grupo I: Canadá y Estados Unidos.
- Grupo II: México.
- Grupo III: Bolivia, Panamá y Venezuela.
- Grupo IV: Argentina, Brasil, Chile, Jamaica y República Dominicana.
- Grupo V: El resto de los países del Caribe, Centro América y Sudamérica, sin programas de medicina familiar.

El Grupo I es el más antiguo en términos de desarrollo de la medicina familiar. Canadá comenzó en 1966 su primer programa de residencia y los Estados Unidos creó en 1969 la Junta del Sistema de Atención Médica a la Familia, convirtiendo en especialidad a la medicina familiar. Ambos países se hallan ahora en lo que Gayle Stephens llama la etapa académica del adelanto de la medicina familiar; cuentan con una gran cantidad de médicos de familia al servicio de la población. Hay asociaciones científicas firmes, como el Colegio Canadiense de Médicos de Familia y la Academia Americana de Médicos de Familia, que desempeñan importantes funciones en el mantenimiento de la excelencia de los programas educativos, la formación de médicos de cabecera, la garantía mediante educación

médica continua y renovación del certificado, de que los médicos de familia tienen la preparación y la competencia necesarias para solucionar los problemas de salud de sus pacientes.

En ese grupo de países, todas o casi todas las facultades de medicina tienen estructuras académicas bien definidas y diseñadas para la formación de profesores y para la educación universitaria y de perfeccionamiento, y tienen la difícil misión de elevar el prestigio del personal docente de medicina familiar a los mismos niveles de los profesores de otras especialidades. En los Estados Unidos hay una importante Sociedad de Educadores de Medicina Familiar con más de 2.000 miembros, y dentro del Colegio Canadiense de Médicos de Familia hay una sección de educadores, con unos 200 miembros. En ese grupo se están elaborando investigaciones sobre sistemas de atención médica a la familia. En la actualidad, el desafío para estos dos países consiste en lograr suficiente apoyo financiero para continuar desarrollando los programas de residencia y perfeccionarlos.

En el Grupo II hay un solo país, México. Su característica principal es el desarrollo firme de la medicina familiar dentro del sistema de atención de salud que abarca a un gran sector de la población. En 1971 se incorporó la medicina familiar en la estructura del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el más importante proveedor de servicios de atención de salud en el país. Asimismo, el Instituto tuvo que crear el Programa de Residencia para formar a médicos de familia quienes, después de concluir su capacitación, eran empleados por dicho organismo. En la actualidad existen 51 unidades de enseñanza en donde se forman residentes de acuerdo con un programa educativo común. En 1974, la Universidad Nacional Autónoma de México reconoció el programa educativo del IMSS y otorgó certificados a los residentes graduados como especialistas en medicina familiar. En 1978, otras universidades del país se interesaron en esa disciplina y fundaron sus propios programas académicos. En la actualidad, de las 60 facultades de medicina de México solo cuatro tienen departamentos o programas de medicina familiar. No existen procedimientos independientes de certificación o de renovación de certificados. Hay una Sociedad de Medicina Familiar que agrupa a los médicos de familia, pero es escasa su actividad. En 1980, la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado incorporaron a la medicina familiar en su estructura de atención de salud y, en coordinación con el Departamento de Medicina General, Familiar y Comunitaria de la UNAM se crearon dos programas de residencia. El IMSS ha desempeñado una función de liderazgo en el desarrollo de la medicina familiar no solo en México sino también en otros países de la América Latina. Como puede notarse claramente, México está entrando en la etapa académica del desarrollo de la medicina familiar.

El Grupo III representa a una escala inferior de desarrollo. Los países que forman parte del grupo—Bolivia, Panamá y Venezuela—ingresaron en el campo de la medicina familiar entre 9 y 3 años atrás. Es característica del grupo el apoyo sólido a los programas de medicina familiar por importantes instituciones na-

cionales, si bien los programas son aún pequeños y no abarcan a una gran parte de la población.

En Bolivia, el programa comenzó en 1974 en la Caja Nacional de Seguridad Social bajo la orientación y ayuda del Instituto Mexicano del Seguro Social. Cuenta con un firme sistema de atención primaria de salud organizado a base de dispensarios en los que los médicos de familia prestan servicios de atención primaria de salud a la población. La Seguridad Social cubre en el país a más de un millón de habitantes y el sistema cuenta con 177 médicos de familia. En 1980 la medicina familiar recibió un significativo apoyo del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública y las escuelas de medicina. En La Paz, el curso de un año se transformó en programa de residencia de tres años de duración; el programa se reproducirá en otras dos ciudades, Cochabamba y Santa Cruz, lo que aumentará el número de médicos de familia formados cada año. El programa de residencia recibió también reconocimiento de la Universidad de San Simón y a los residentes se les otorgará el certificado de especialista. Existe una pequeña pero sólida Sociedad Boliviana de Medicina Familiar que agrupa a todos los médicos de esta especialidad.

En Panamá, la Caja de Seguridad Social cuenta desde 1971 con servicios de medicina general. En 1976 se creó el Programa de Residencia en Medicina Familiar, con un solo becario el primer año; en 1980, un subsidio de la Fundación W. K. Kellogg permitió aumentar el número de becarios hasta cuatro anualmente. La Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá creó la Cátedra de Medicina Familiar y Comunitaria y nombró como presidente al primer graduado del Programa de Residencia en Medicina Familiar. La medicina familiar tiene el decidido apoyo del Ministerio de Salud, de la Seguridad Social y de la Universidad, pero es escaso el número de médicos de familia y de los habitantes beneficiados por la medicina familiar. Afortunadamente, la Sociedad de Médicos Generales simpatiza con la medicina familiar y los dirigentes están explorando las mejores formas de convertir a médicos generales en médicos de familia, ofreciéndoles oportunidades de elaborar buenos programas de educación médica continua, calificaciones académicas y otras actividades educativas. Para Panamá, país con menos de dos millones de habitantes, el desafío consiste en aumentar el número de programas de residencia y de puestos disponibles durante el primer año, y en organizar en los próximos diez años un programa de capacitación especial para médicos generales que les ofrezca la oportunidad de convertirse en médicos de familia titulados.

Venezuela, el tercer país de este Grupo, comenzó sus programas de medicina familiar en 1979. En 1980, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) establecieron programas experimentales independientes de medicina familiar. El Ministerio organizó su programa en el Hospital General del Sur, que sirve a una población urbana de 300.000 habitantes, en Maracaibo, y la Seguridad Social, en un centro ambulatorio, en los suburbios de Caracas. El Gobierno y algunas instituciones privadas del país

aportaron fondos para la formación de 15 becarios como médicos de familia en México, Canadá y Panamá para ocupar los puestos necesarios para poner en marcha los nuevos centros de medicina familiar. El IVSS ha hecho planes para abrir cuatro nuevos centros de medicina familiar en 1983 a fin de aumentar el número de población beneficiada por ese tipo de atención de salud.

El Grupo IV, compuesto por Argentina, Brasil, Chile, Jamaica y República Dominicana, tiene las características siguientes: la medicina familiar tiene menos de tres años de existencia; los programas están en su etapa inicial; no existe apoyo evidente o firme de los principales proveedores de servicios de atención de salud: Ministerios de Salud e instituciones de Seguridad Social.

La oposición o resistencia al cambio de diferentes grupos pone en peligro el proceso de evolución de la medicina familiar. A continuación se indica brevemente la situación particular de la medicina familiar en varios países de las Américas.

Argentina. En el decenio pasado hubo escasos intentos de organización de residencias en medicina general. En especial, fueron los gobiernos provinciales los que se mostraron más interesados en la medicina general. La experiencia más satisfactoria fue la de la Subsecretaría de Salud de la Provincia de Neuquén, que estableció en 1974 un Programa de Residencia en Medicina General orientado a la población rural. En 1982, el mismo organismo gubernamental decidió transformar la antigua Residencia en Medicina General en un Programa de Residencia en Medicina Familiar, y crear un Centro Piloto de Medicina Familiar. Para llevar a cabo esos planes, envió a dos becarios a un curso de seis meses organizado por el CIMF con la Facultad de Medicina de la UNAM para formación como educadores en medicina familiar. La provincia recibió también asesoramiento directo de un especialista enviado por la OPS. El Centro Piloto de Medicina Familiar y el Programa de Residencia comenzarán sus actividades en 1983. En la actualidad, otras instituciones privadas y oficiales desean comenzar proyectos de ese sector en la ciudad capital y en la Provincia de Buenos Aires.

Brasil. El programa de medicina familiar fue iniciado por un organismo del Ministerio de Educación: la Comisión Nacional de Residencias Médicas, encargada de las directrices y convalidación de los Programas de Residencia postuniversitaria. La Comisión publicó en 1981 las directrices para la Residencia en Medicina General y Comunitaria y en 1982 aprobó 11 programas, 10 de los cuales funcionan en universidades y uno en un hospital del Ministerio de Salud del Estado de São Paulo. Se admitieron 120 estudiantes de posgrado. A fines de 1982, la Seguridad Social en el Brasil, que cubre a más de 100 millones de habitantes, manifestó su interés en la medicina familiar y nombró a un médico brasileño de familia, diplomado por la Junta Americana de Medicina Familiar, para que organizara un proyecto experimental en el hospital más grande de Rio de Janeiro; el proyecto comenzó hace unos pocos meses. El desafío para Brasil consiste en que los grandes organismos gubernamentales de atención de salud, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Seguro Social adopten en principio la decisión de in-

corporar la medicina familiar en el sistema de atención de salud. Mientras tanto, el CIMF está ayudando a los programas de residencia, formando a educadores en su Curso Internacional que se ofrece en México.

Chile. Tiene una larga tradición de aprovechamiento de médicos generales. En el decenio de 1950 se creó el Servicio Nacional de Salud (SNS), basado en la experiencia británica; el SNS adoptó un modelo de regionalización y se constituyó en el mayor empleador de recursos humanos en el sector salud: 95% del personal trabaja para el sistema. Desde el comienzo, el SNS estableció a médicos generales en áreas rurales y en los últimos cinco años los empleó en ambientes urbanos, pero el compromiso con la medicina general es solo por cinco años; después de ese período adquieren el derecho de obtener beca para formación postuniversitaria de residencia en las especialidades tradicionales. El sistema mismo ayudó al médico general a convertirse en especialista. En 1982 el Ministerio de Salud aceptó la posibilidad de que los médicos generales continúen su perfeccionamiento profesional en medicina familiar.

La situación general es la siguiente: hay tres pequeños experimentos relacionados con medicina familiar: uno en un Centro de Salud para la Familia, del Ministerio de Salud, que sirve a 3.000 personas de los suburbios de Valparaíso, y dos programados por la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en dos de sus divisiones: las del Sur y la Oriental. La División Oriental está aplicando un modelo de medicina familiar en ambiente urbano, en un centro ambulatorio de salud en Santiago, con actividades educativas universitarias y postuniversitarias. La División del Sur está llevando a cabo un experimento interdisciplinario basado en internado rural para estudiantes del último año de enfermería obstétrica y medicina, relacionado con las comunidades a las que sirven.

Para Chile, el desafío consiste en mejorar el modelo de medicina familiar y que abarque a más habitantes, para eso se requiere la decisión de principio del Ministerio de Salud.

Jamaica. Cuenta con un limitado Programa de Residencia dirigido por la Facultad de Medicina de la Universidad de las Indias Occidentales. Ese programa educativo se lleva a cabo en un Centro de Salud de la Universidad. Recientemente se creó también la Sociedad de Médicos Generales/Médicos de Familias. En la actualidad, la medicina familiar es una sección del Departamento de Medicina Preventiva y Social. Los desafíos para el país son: aumentar el número de residentes en primer año; incorporar a más instalaciones de atención de salud; abarcar con la medicina familiar a mayor número de habitantes, e intensificar los programas de formación.

República Dominicana. Tiene también un pequeño programa experimental patrocinado por la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Este y el Instituto Dominicano de Seguridad Social que comenzó a mediados de 1981. El desafío consiste en motivar a los nuevos estudiantes de medicina para que adopten como carrera profesional la medicina familiar. Ese es también un ejemplo de experimento focal que, para su crecimiento y supervivencia, necesita decisión de principio de las autoridades de atención de salud.

En el cuadro 1 se resume la evolución de la medicina familiar en las Américas. Como puede verse, el número de países con programas de medicina familiar/general pasó de cinco en 1976 a 11 en 1982.

En el cuadro 2 se indica la evolución de los programas de residencia en medicina en las Américas, por países o grupos de países.

En dos años, el número de programas de residencia en medicina general o familiar pasó de 5 a 22 en América Latina.

Sin ninguna duda, el adelanto alcanzado en esta Región es el resultado de la ardua tarea de dos organizaciones internacionales: la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina y el Centro Internacional para la Medicina Familiar.

La siguiente lista de reuniones internacionales celebradas en los últimos cinco años en las Américas, da una buena idea de los esfuerzos realizados:

Noviembre de 1978. Nueva Orleans. VII Conferencia Panamericana sobre Educación Médica, organizada por FEPAFEM y AAMC. Tema: médicos generales para satisfacer las necesidades de la atención primaria de salud en el Hemisferio Occidental.

Cuadro 1. Número de países con programas de medicina familiar o general en años selectos.

Año	No. de países	Países
1969	2	Canadá y E.U.A.
1971	3	Los anteriores, más México
1974	4	Los anteriores, más Bolivia
1976	5	Los anteriores, más Panamá
1982	11	Los anteriores, más Argentina, Chile, Brasil, República Dominicana, Jamaica y Venezuela.

Cuadro 2. Número de programas de residencia en las Américas, 1975-1983.

Países	1975	1978	1981	1983
Canadá ^a	16	16	16	16
E.U.A.	232	348	382	390
México	17	31	34	54
América Latina (excluyendo a México)	1	2	5	22
Total	266	397	435	482

^aAlgunos programas tienen más de una unidad de enseñanza, por consiguiente la cantidad total de residentes asciende a 51.

Octubre de 1979. Caraballeda, Venezuela. Asamblea de la Asociación Médica Mundial. Tema de la reunión científica: medicina familiar en el mundo.

Octubre de 1980. Nueva Orleans, E.U.A. IX Conferencia Mundial de WONCA. Tema: medicina familiar en el mundo.

Noviembre de 1980. Panamá. VIII Conferencia Panamericana sobre Educación Médica, organizada por FEPAFEM y la Universidad de Panamá. Tema: estrategias para la formación y aprovechamiento de médicos generales/de familia en América Latina.

Agosto de 1982. San Juan, Puerto Rico. Foro Internacional sobre Educación de Medicina Familiar, organizado por TSMF y la cooperación de FEPAFEM y CIMF.

Noviembre de 1982. Buenos Aires, Argentina. IX Conferencia Panamericana sobre Educación Médica. Un día entero dedicado a medicina familiar en las Américas.

Marzo de 1983. Maracaibo, Venezuela. Primera Reunión Internacional sobre Medicina Familiar en las Américas, España y Portugal, organizada por el CIMF y la Fundación Venezolana para Medicina Familiar. En esa oportunidad, se llevó a cabo la primera reunión de Directores de Programas de Residencia en Medicina General y Medicina Familiar.

Las actividades que hay que llevar a cabo para el adelanto de la medicina familiar en las Américas son:

1. Elaboración de modelos prácticos de medicina familiar para el estudio y definición del método de aplicación de los principios y de la filosofía de medicina familiar en diferentes esquemas de servicios de salud.

2. Organización de actividades de educación médica continua. Incluye formación de educadores y directores de programas en planificación de cursos de educación médica continua; organización de cursos o seminarios para reforzar temas concretos de medicina familiar y general, y preparación de materiales originales en español y portugués y traducción a esos idiomas de materiales ya existentes en inglés.

3. Formación de dirigentes (formación de personal docente, de coordinadores de programas internacionales, de directores de programas de residencia en aptitudes de organización académica).

4. Creación de sociedades nacionales de medicina general o familiar y apoyo a las sociedades ya existentes, fomentando su afiliación a WONCA y su agrupación en asociaciones regionales.

5. Cooperación. Debe fomentarse todo tipo de cooperación (entre programas, entre países, entre sociedades, entre organismos internacionales e instituciones nacionales o locales). La palabra y actividad clave es cooperación.

De esa forma se logrará mayor progreso en lo que, en tiempos modernos, se considera el cambio más innovador y revolucionario en la prestación de servicios de atención de salud y educación médica.

SEMINARIO LATINOAMERICANO DE EDUCACION VETERINARIA Y ATENCION PRIMARIA DE SALUD

El Seminario se celebró en la Facultad de Ciencias Veterinarias de la Universidad Nacional de Asunción, Paraguay, del 4 al 7 de octubre de 1982, con el auspicio de la OPS y participantes de 12 países de la Región. Tuvo por objeto proponer actividades específicas que las facultades de medicina veterinaria pu-

dieran llevar a cabo para reforzar la atención primaria de salud en la América Latina.

Se trataron tres temas específicos: salud animal y atención primaria de salud; trabajos de extensión y prestación de servicios; y libros de texto y materiales de instrucción. Las consideraciones sobre cada tema se resumen seguidamente.

Salud animal y atención primaria de salud. La 30ª Asamblea Mundial de la Salud (1977) acordó que la principal meta social de los Gobiernos en los próximos decenios es alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado que les permita llevar una vida social y económicamente productiva denominándose esta meta como "salud para todos en el año 2000".

La atención primaria de la salud ha sido aceptada por los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la estrategia principal para alcanzar la meta, que es parte del desarrollo dentro del espíritu de justicia social.

La atención primaria se ha definido como "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación".

Las estrategias operativas de atención primaria de la salud incluyen, entre otros principios, la participación de la comunidad, la aplicación de tecnología apropiada y la colaboración con otros sectores, y estos conceptos requieren para ser puestos en acción de modificaciones en la organización de los sistemas de salud animal. Igualmente se requiere adecuar los programas de enseñanza y fundamentalmente las actividades de extensión y servicios, para que las escuelas y facultades de medicina veterinaria se mantengan a la vanguardia.

La atención primaria exige, por lo tanto, un criterio multidisciplinario y multisectorial, lo cual amplía la participación del sector agrícola y dentro de este de la salud animal en las actividades de salud pública.

La atención primaria, como una nueva estrategia de la atención de la salud, obliga a reorientar los programas de enseñanza y a readiestrar los ya existentes, estimulando estudios tendientes a obtener la participación de la comunidad y el empleo de la tecnología apropiada.

Teniendo en cuenta lo anterior, el Seminario recomendó:

1. Realizar un diagnóstico de la situación en cada país con el fin de establecer un cuadro de necesidades y prioridades en la atención primaria de salud, mediante un estudio multidisciplinario e intersectorial en coordinación con la OPS.

2. Revisar en cada unidad académica superior los currículos de las facultades o escuelas de medicina veterinaria y zootecnia en lo que concierne a las áreas de salud pública veterinaria, salud animal, producción animal y desarrollo socioeconómico a fin de actualizarlas y adecuarlas a las necesidades regionales con el propósito de contribuir a alcanzar la meta de salud para todos.

3. Capacitar con el apoyo de la OPS a los docentes de las facultades o escuelas de medicina veterinaria y zootecnia en las áreas específicas de las actividades de la atención primaria de salud, con el fin de ejercer un efecto multiplicador.

4. Promover en las facultades o escuelas de medicina veterinaria y zootecnia latinoamericanas investigaciones de interés prioritario para los países, empleando tecnologías adecuadas a la necesidad y realidad del medio.

5. Promover la integración entre dichas facultades o escuelas por medio de un intercambio permanente de información a través de la OPS, con el propósito de conocer las diferentes actividades y problemas relacionados con la atención primaria de salud, facilitando la cooperación técnica y económica.

6. Concientizar a los médicos veterinarios y profesionales afines a través de sus organizaciones gremiales sobre los propósitos de las actividades en atención primaria de salud mediante cursos de educación continua, publicaciones o reuniones regionales.

7. Aprovechar las experiencias de las facultades de medicina veterinaria latinoamericanas que tienen convenios entre diferentes sectores (Ministerio de Agricultura y Ganadería, Ministerio de Salud, etc.), así como las experiencias en la ejecución de proyectos de desarrollo rural integrado en los cuales participan médicos veterinarios y extender esta modalidad de acción a otras facultades.

8. Difundir la información relativa a las actividades de atención primaria de salud con la participación de entidades de servicios hacia la comunidad (Club de Leones, Cámara Junior, Rotarios, Boy Scouts, etc.).

9. Proponer a la OPS que promueva reuniones periódicas para el desarrollo y evaluación de las actividades en atención primaria de la salud con la participación de especialistas en las diferentes áreas de acción, y que cree un banco de recursos humanos estableciendo las áreas de mayor desarrollo en cada una de las facultades o escuelas de medicina veterinaria y zootecnia latinoamericanas con el fin de disponer de estos recursos racionalmente.

Trabajos de extensión y prestación de servicios. El Seminario consideró que la estrategia de atención primaria de la salud, cuyo objetivo es conseguir salud para todos en el año 2000, es una acción eminentemente educativa, tanto de los beneficiarios como de los promotores, y que las facultades o escuelas de medicina veterinaria y zootecnia de América Latina tienen la función fundamental de capacitar a los diversos sectores involucrados en su área de influencia por medio de métodos adecuados de extensión. Igualmente considera que uno de los objetivos inherentes de cada universidad son los trabajos de extensión, que comprenden a las actividades dirigidas hacia la comunidad de acuerdo con las metas y planes de desarrollo de cada país.

Basándose en las anteriores consideraciones el Seminario recomendó:

1. Ratificar las recomendaciones formuladas por las siguientes reuniones internacionales:

- Cuarta Consulta de Expertos FAO/OMS sobre Enseñanza Veterinaria (Upssala, Suecia, 1978).
- Tercer Seminario sobre Educación en Medicina Veterinaria (OPS) (Valdivia, Chile, 1979).
- Seminario sobre Unificación de Planes de Estudio (OPS) (São Paulo, Brasil, 1980).
- Seminario Latinoamericano sobre Intercambio Académico en Apoyo de la Educación Veterinaria, México, 1981.

2. Intensificar los esfuerzos para que las facultades estudien la estrategia de atención primaria y auspicien la capacitación de profesores, estudiantes y egresados para motivarlos en el conocimiento de esta estrategia y su aplicación.

3. Auspiciar la interacción de las facultades o escuelas de medicina veterinaria y

zootecnia con la sociedad estableciendo canales de comunicación con la realidad, acortando la brecha existente entre la enseñanza y la práctica profesional.

4. Que las facultades o escuelas de medicina veterinaria y zootecnia desarrollen actividades de liderazgo y orientación que les permitan cumplir con su responsabilidad de propiciar el bienestar general.

5. Estimular en las facultades y escuelas estudios tendientes al empleo de tecnología apropiada para el control de las enfermedades y la obtención de la participación de la comunidad.

6. Recomendar a las facultades o escuelas que trabajen en coordinación con las políticas, planes y proyectos oficiales o privados que impulsen la incorporación de una estrategia de atención primaria de salud a dichos planes, programas y proyectos.

7. Propiciar reuniones a diferentes niveles entre facultades o escuelas de medicina veterinaria y zootecnia con el fin de discutir y asegurar la ejecución de los programas encaminados a alcanzar la salud para todos en el año 2000, fundamentalmente a través de las instituciones representadas en este Seminario.

8. Buscar la forma más idónea de lograr la extensión de los servicios con el fin de difundir a la comunidad los planes, estrategias y acciones que favorezcan la aplicación de la atención primaria de la salud.

9. Ampliar las actividades relacionadas con prestación de servicios a las comunidades, atendiendo con eso la enseñanza e investigación y el contacto con el medio.

10. Adecuar los contenidos de los planes de estudios para asegurar la participación de profesores y alumnos en estas actividades.

11. Prestación de servicios, como los de clínicas, consultas y diagnósticos, no solamente en los ámbitos universitarios sino en las propias explotaciones, para enriquecer las experiencias académicas en las condiciones en que se presentan los problemas que afectan la salud y la producción animal.

12. Vincular a las facultades y escuelas de medicina veterinaria y zootecnia con sus egresados mediante el servicio social, la educación continua, actividades de posgrado y enseñanza abierta, así como mediante las actividades profesionales y académicas de los docentes.

13. Desarrollar las actividades de extensión como una parte informal de los programas de orientación vocacional.

14. Aprovechar la infraestructura académica de instalaciones y personal subutilizada en períodos no escolares para impartir cursos de distintos niveles a la comunidad.

15. Cuidar el prestigio institucional, asegurando la calidad de los servicios de extensión.

16. Destacar la conveniencia de clasificar y jerarquizar las actividades de extensión para asegurar que se orienten hacia acciones perdurables y positivas en el plano académico y en la sociedad.

17. Propiciar la creación y fortalecimiento de unidades de apoyo pedagógico en las facultades o escuelas de medicina veterinaria y zootecnia.

18. Crear unidades de planificación y mejorar las existentes tratando de que proyecten las acciones de las facultades hacia los beneficiarios de la comunidad.

19. Realizar los programas de extensión a través del apoyo a actividades culturales y deportivas en el seno de las comunidades académicas para buscar el bienestar institucional y la formación integral que deben tener los alumnos como universitarios.

Asimismo se recomienda:

- que la OPS siga dando apoyo para la realización de seminarios anuales en apoyo de la enseñanza superior en medicina veterinaria en América Latina;
- que la OPS propicie una reunión de responsables de centros de información de facultades y escuelas de medicina veterinaria y zootecnia en América Latina;

- que se difunda ampliamente entre las comunidades académicas de la América Latina las recomendaciones de los diferentes seminarios patrocinados por la OPS.

- que en el próximo seminario de educación veterinaria cada participante presente un resumen de los resultados obtenidos en la aplicación de las recomendaciones de seminarios anteriores.

Libros de texto y materiales de instrucción. Los participantes señalaron que, en general, estaban de acuerdo con lo recomendado por el Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS para la Enseñanza de la Medicina Veterinaria (Washington, noviembre de 1979). Sin embargo, teniendo en cuenta las recomendaciones del Seminario Latinoamericano sobre Intercambio Académico en Apoyo de la Educación Veterinaria (México, agosto de 1981) y el informe sobre este Programa presentado por la OPS al presente Seminario confirmaron la recomendación de algunos de los textos y sugirieron otros, entre ellos los siguientes:

- *Fisiología de los animales domésticos*—H. H. Dukes, México, Editorial Aguilar, 1977 (traducción de la 8ª edición en inglés. Comstock Publishing, Ithaca, Nueva York)

- *Medicina veterinaria*—D. C. Blood y J. A. Henderson, México, Editorial Interamericana, 1976 (traducción de la 4ª edición en inglés, Lea and Febiger, Philadelphia)

- *Patología veterinaria*—H. A. Smith y T. C. Jones, México, UTEHA, 1962 (traducción de la edición en inglés, Lea and Febiger, Philadelphia)

- *Parasitología veterinaria*—L. Lapage, 3ª edición, México, Editora Continental, S.A., 1975

- *Helminths, Arthropods and Protozoa of Domestic Animals*—E.J.L. Soulsby (ed.), 7ª edición. Baillière Tindall, 1982.

- *Veterinary Hematology*—O. W. Schalm, Lea and Febiger, Philadelphia, 1975

- *Epidemiology in Veterinary Practice*—C. Schwabe, C. Franti y H. Riemann, Lea and Febiger, Philadelphia, 1977

- *Tratado de histología*—A. W. Ham, 7ª edición, México, Nueva Editorial Interamericana, 1975 (traducción de la edición en inglés, J. B. Lippincott, Philadelphia)

- *Embriología médica, 3ª edición*—J. Langman, México, Nueva Editorial Interamericana (traducción de la edición en inglés, Williams and Wilkins, Baltimore)

- *Reproducción y endocrinología veterinarias, 2ª edición*—L. E. MacDonald (ed.), México, Editorial Interamericana, 1975 (traducción de la edición en inglés, Lea and Febiger, Philadelphia)

- *Reproduction in Farm Animals, 3ª edición*—I. Hafez, E. S., Lea and Febiger, Philadelphia, 1980

- *Nutrición animal*—P. McDonald y R. A. Edwards. Editorial Librería Murguía, 1978 (traducción de la edición en inglés, Lea and Febiger, Philadelphia)

- *Farmacología y terapéutica veterinaria*—L. Meyer Jones *et al.* México, UTEHA, 1969 (traducción de la edición en inglés, Iowa State University Press, Ames, Iowa)

- *Handbook of Veterinary Drugs—Compendium for Research and Clinical*—I. Ross, 1975, Springer Publications

- *Genética y mejoramiento del ganado*—J. F. Lasley, México, UTEHA (última edición en español)

- *Genética y mejoramiento animal*—I. Johansson y J. Rendel, Zaragoza, Acribia, 1971

- *Inspección veterinaria de los alimentos*—G. Farchmin *et al.*, 1967 (traducción de la edición en alemán)

- *Veterinary Toxicology*—M. L. Clark, Lea and Febiger, Philadelphia, 1981

En vista de que no se conoce un libro que se considere apropiado para satisfacer los requerimientos en el campo de la zootecnia, se solicitó a la OPS que

pidiera información a las facultades de medicina veterinaria y zootecnia sobre los temas o capítulos que deban incluirse en un manual de introducción a la zootecnia, y que posteriormente se buscara las personas idóneas para que escriban este manual, preferiblemente por capítulos. Si en alguna Facultad existiera un manual deberá evaluarse para estudiar la posibilidad de reproducirlo.

En todos los casos de los libros anteriormente recomendados, se deberá buscar y publicar la última y más actualizada edición impresa. Si está publicada en un idioma que no sea el español, se procurará realizar la traducción respectiva.

Por motivos técnicos o económicos en determinados casos se contemplará la posibilidad de imprimir libros escritos en inglés o portugués.

Se debe estudiar la posibilidad de incluir dentro del Programa, material audiovisual, tal como películas, cassetts, diapositivas, etc., sobre medicina veterinaria y zootecnia.

Se recomienda en lo posible agilizar y simplificar los trámites administrativos en el Programa de la OPS.

Asimismo se recomendó a la OPS que para hacer efectivo el Programa, envíe a cada facultad al iniciar el mismo, un número representativo de cada uno de los libros publicados exigiendo informe económico a las personas responsables cada seis meses.

También se recomendó que se estudiara la posibilidad de imprimir libros de texto en el campo de la medicina veterinaria y zootecnia de autores latinoamericanos de reconocido prestigio.

Participantes en el Seminario

- Argentina:* Dr. Forestán Sebastián Maliandi, Profesor, Facultad de Ciencias Veterinarias, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Buenos Aires
- Bolivia:* Dr. Jaime Parada Rossel, Decano, Facultad de Ciencias Pecuarias, Universidad Gabriel René Moreno, Santa Cruz de la Sierra
- Brasil:* Dr. Claudeci Tadeu Ferreira de Lima, Subdirector, Departamento de Medicina Veterinaria, Universidad Federal Rural, Do Estado de Pernambuco, Dos Irmãos 50.000 Recife, Pernambuco
- Dr. Vicente Borelli, Director, Facultad de Medicina Veterinaria, y Zootecnia, Universidad de São Paulo, CEP-05508 Butenta, São Paulo.
- Colombia:* Dr. Aureliano Hernández Vásquez, Decano, Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá
- Costa Rica:* Dr. Sergio Vindas Castro, Decano, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina Veterinaria, Universidad Nacional, Heredia
- Chile:* Dr. Germán Ferrando Ratto, Director, Escuela de Ciencias Veterinarias, Universidad de Chile, La Granja, Santiago
- Ecuador:* Dr. Germán Salazar Narváez, Profesor, Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, Universidad Central de Ecuador, Quito
- Guatemala:* Dr. Felipe Rosales, Decano, Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala
- México:* Dr. Juan Garza Ramos, Secretario, Federación de Asociaciones de Facultades

Nacionales y Escuelas de Medicina Veterinaria de Latinoamérica, México, D.F., México

Paraguay: Dr. Eduardo Ruiz Almada, Decano, Dr. Angel M. González Samaniego, Profesor, Dr. Alcides Romero Escobar, Profesor, Dr. Pedro Tomás Romero, Profesor, Facultad de Ciencias Veterinarias, Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo

Perú: Dr. Alberto Sato Sato, Secretario Ejecutivo, Asociación de Programas Académicos de Medicina Veterinaria del Perú, Barranco, Lima

Uruguay: Dr. Mario Aragunde, Decano, Facultad de Veterinaria, Universidad Mayor de la República, Montevideo

OPS: Dr. Mário V. Fernandes, Jefe, Programa de Salud Animal y Dr. Manuel Moro, Asesor Regional en Medicina Veterinaria, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

Dr. Víctor Hugo Moscoso, Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud Pública, Asunción, Paraguay

GRUPO CONSULTOR SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

Este Grupo Consultor se reunió en Washington, D.C., del 14 al 16 de marzo de 1983, con el fin de analizar las Estrategias Regionales de Salud para todos y el Plan de Acción para su instrumentación y formular recomendaciones sobre el apoyo que la OPS puede prestar a los Gobiernos Miembros para el control de las enfermedades de transmisión sexual.

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son un grupo de enfermedades endémicas, de expresión multifacética, que incluyen a las enfermedades venéreas clásicas (sífilis, blenorragia, linfogranuloma venéreo, chancro blando y granuloma inguinal) y a un número creciente de síndromes y entidades clínicas (uretritis no gonocócica, herpes genital, vaginitis, etc.) que tienen como rasgo común de importancia epidemiológica la transmisión durante la actividad sexual. En consecuencia, las ETS afectan fundamentalmente a adultos jóvenes y adolescentes y se encuentran entre las enfermedades transmisibles notificables más comunes en los países que cuentan con estadísticas confiables. Sus serias consecuencias económicas y de salud se manifiestan principalmente en mujeres (infección pélvica, infertilidad, embarazo ectópico, dolor pélvico crónico, etc.) y en niños pequeños (problemas congénitos, neumonía, oftalmía, infecciones del sistema nervioso central, mortalidad perinatal, etc.). Sin embargo, el estigma social asociado a su adquisición por vía genital ha impedido un apoyo popular y gubernamental sólido a los programas de control de ETS. En muchos países estos programas se limitan a un "control" esporádico o periódico de prostitutas y a la atención, frecuentemente inadecuada, de pacientes sintomáticos, en su mayoría varones, que acuden a las unidades de consulta médica. Además, un número elevado de enfermos son tratados en forma inapropiada por farmacéuticos y por personas sin conocimientos médicos o fuera del sector salud.

El Grupo Consultor, después de analizar los Documentos Oficiales de la OPS No. 173, *Estrategias*, y No. 179, *Salud para todos en el año 2000—Plan de Acción para*

la instrumentación de las estrategias regionales, discutió el problema de las ETS en las Américas así como las limitaciones presupuestarias y programáticas a nivel de la OPS para control de enfermedades. Al formular sus recomendaciones, el Grupo consideró los siguientes aspectos:

1. La falta de conocimientos sobre la magnitud del problema de las ETS a causa de la poca periodicidad de informaciones y de análisis epidemiológicos adecuados sobre la distribución de las ETS y las complicaciones que provoca en las poblaciones de Centroamérica, el Caribe y Sudamérica.

2. La multiplicidad de otros graves problemas de salud que enfrentan los Gobiernos Miembros y que relegan a las ETS a segundo plano de importancia, por ser percibidas como enfermedades debidas al comportamiento sociosexual de prostitutas y hombres promiscuos e ignorar sus repercusiones en niños pequeños, adolescentes y madres.

3. La etiología compleja de las ETS (bacterias, virus, parásitos y artrópodos); el abordaje multidisciplinario que se requiere para su detección, diagnóstico, tratamiento y control (clínicos, epidemiológicos, microbiológicos, laboratoristas, administradores, educadores, sociólogos, investigadores y otro personal de salud) y el componente de conducta sexual que las distingue de las demás enfermedades transmisibles y que es poco afectado por las intervenciones del sanitarista.

4. La carencia de tecnología apropiada, accesible y poco costosa para pruebas diagnósticas, compuestos terapéuticos y estrategias de intervención para el control de las ETS en muchos países.

5. La necesidad de personal suficiente capacitado correctamente por haberse disminuido o abolido casi completamente las enseñanzas sobre ETS en las escuelas de medicina, enfermería, ciencias de la salud y en programas clínicos de posgrado en la mayor parte de los países de la Región.

6. Las tendencias sociodemográficas en América Latina y el Caribe hacia el establecimiento de grandes núcleos urbanos e incremento de la población en los grupos de edad de alto riesgo (15-39 años), que presagian un aumento considerable en los próximos 18 años en el número de casos y en las complicaciones de las ETS y un incremento en la magnitud del problema a nivel nacional y regional.

7. La aparición en 1976 de cepas de *Neisseria gonorrhoeae* productoras de penicilinas (NGPP) en Norteamérica, en donde son ahora endémicas, y la detección de NGPP en 10 países de la Región. Este fenómeno ilustra la vulnerabilidad a la introducción de nuevos agentes patógenos y la importancia y necesidad de desarrollar y mantener un sistema de vigilancia epidemiológica nacional e internacional que permita responder a este tipo de problemas.

El Grupo Consultor consideró que el presupuesto que se asigna es claramente insuficiente para mantener un programa de control de ETS a nivel regional y expresó su preocupación por la pérdida de interés en un problema mundial de tendencias cambiantes y crecientes. Por su naturaleza, las ETS no reciben la suficiente prioridad a nivel local y la ausencia resultante de recursos no permitirá establecer su magnitud. Esto puede crear la falsa impresión de que no son importantes y perpetuar el círculo vicioso de "baja prioridad—no recursos—no información—baja prioridad" en muchos países. Por consiguiente, es importante que la OPS asuma el liderazgo para que no se pierdan la función técnica, la coordinación a nivel regional, se mantenga el interés en las ETS y se pueda responder a las necesidades actuales y futuras de los Gobiernos Miembros.

Las recomendaciones específicas del Grupo Consultor sobre cooperación técnica de la OPS a las actividades de control de ETS a nivel regional fueron las siguientes:

1. Promoción y apoyo a los programas y esfuerzos existentes para el control de ETS, con miras al mantenimiento y reorganización de núcleos nacionales multidisciplinarios de elevada capacidad técnica en las áreas clínica, microbiológica, educativa, de laboratorio, administración, epidemiología, informativa, biostadística e investigación operativa, que puedan asesorar a los Gobiernos y facilitar la integración del control de ETS en el sistema de salud existente.
2. Organización y apoyo al desarrollo de programas de capacidad de recursos humanos en áreas clínicas, de laboratorio, de métodos de control y de administración de programas de ETS.
3. Apoyo a la organización de programas de docencia de alto nivel para el adiestramiento de profesores de las facultades de medicina y ciencias de la salud en las Américas encargados de la docencia de los futuros profesionales y técnicos de la medicina.
4. Promoción y apoyo a proyectos de investigación que contribuyan a un mejor conocimiento de la epidemiología de las ETS en diferentes áreas geográficas y grupos de población (adolescentes, embarazadas, etc.).
5. Apoyo a los países en la actualización, ejecución y evaluación de guías y normas de diagnóstico, tratamiento y control de ETS, adecuadas a las condiciones locales.
6. Apoyo a la evaluación de avances tecnológicos (pruebas diagnósticas, nuevos tratamientos, etc.) y selección y adaptación, de acuerdo con las necesidades y circunstancias locales.

Para el cumplimiento de las recomendaciones anteriores se requiere la colaboración de la OPS en las siguientes áreas:

1. Asesoría técnica para la planificación, ejecución y evaluación de actividades y esfuerzos de control de ETS en los países miembros mediante consultorías que complementen la capacidad tecnológica nacional. Las áreas prioritarias de asesoría en ETS incluyen sistemas de información, apoyo de laboratorio y capacitación gerencial y administrativa (dirección, ejecución y coordinación) en actividades de control de ETS.
2. Distribución de material técnico (equipo y reactivos de laboratorio y material educativo) adecuado a las necesidades de los países y en base al presupuesto de la OPS.
3. Utilización de recursos propios y promoción y coordinación de convenios de cooperación técnica nacional e internacional entre agencias filantrópicas e instituciones docentes y asistenciales de salud del país para la capacitación de personal a todos los niveles, desarrollo de programas, y realización de proyectos de investigación sobre ETS en América Latina y el Caribe.

A más del personal técnico de la OPS que se ocupa de este tema, asistieron a la reunión del Grupo Consultor las siguientes personas:

Dr. Jair Ferreira, Servicio de Dermatología Sanitaria, Secretaría de Saúde y del Meio Ambiente, Rio Grande do Sul, Brasil.

Sr. Willian C. Parra, Director Asociado, División de Control de Enfermedades Venéreas, Centro de Servicios de Prevención, Centros para el Control de Enfermedades, Atlanta, Georgia, E.U.A.

Dr. Isidoro Pasmanik, Profesor de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Dr. Egberto Stanziola, Director del Departamento Maternoinfantil, Ministerio de Salud, Panamá, Panamá.

Dr. Fernando Zacarías, Científico Visitante (México), División de Control de Enfermedades Venéreas, Centro de Servicios de Prevención, Centros para el Control de Enfermedades, Atlanta, Georgia, E.U.A.

Noticias

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA SALUD PARA TODOS

Bajo los auspicios del Ministerio de Salud Pública de Cuba, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Red de Instituciones de Ciencias Médicas y la OPS/OMS se celebró en La Habana, Cuba, del 3 al 9 de julio la Conferencia Internacional Salud para Todos: 25 años de Experiencia Cubana, con la participación de unos 1.400 representantes de organismos científicos y académicos de casi todos los países del mundo. En la Conferencia se examinaron tres temas primordiales: enfoque multidisciplinario para alcanzar la salud para todos; conceptos, métodos y recursos para mejorar la salud de los pueblos, en especial los del Tercer Mundo, y el intercambio de experiencias e informaciones sobre la organización de la atención primaria en los servicios de salud.

En la ceremonia inaugural, el Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director de la OSP, pronunció un discurso en el que destacó la importancia de no resolver los problemas del presente con soluciones económicas ineficaces y el individualismo nacionalista del pasado ya que para saldar la deuda social acumulada por generaciones se requiere un enfoque mundial de solidaridad y cooperación, y la salud debe y puede servir de puente entre las dimensiones sociales y económicas, siendo su estrategia principal la atención primaria, con la participación activa de la comunidad y con un modelo nacional propio, y su meta la salud para todos, quizás antes del año 2000. Dijo el Dr. Macedo:

“Creemos que la preocupación por los aspectos sociales hace parte de esta responsabilidad de todos para con el futuro de la humanidad. Pero creemos también que particularmente entre los países en desarrollo, se ha desarrollado una conciencia sobre el derecho de los pueblos a existir, entre ellos, el derecho de la salud, que ya hace difícil que en las soluciones de las crisis económicas se relegue este derecho fundamental. Pero más que esto, las tensiones y los conflictos sociales que se generan y que están presentes en cada uno de los países y en cada una de nuestras sociedades, hacen pensar que la solución de los problemas económicos tiene como condición la necesidad de no reducir aún más lo poco que las grandes masas de las poblaciones latinoamericanas y del Tercer Mundo han recibido en el pasado. Lo social se pone, por lo tanto, como una condición para la solución de lo económico, y no como una simple consecuencia de estas soluciones”.

Más adelante, al referirse a la meta de salud para todos, afirmó:

“El cumplimiento de esta meta y la aplicación de su estrategia se nos presentan como una tarea prácticamente imposible. Los desafíos que plantea, los problemas ya existentes hoy y los problemas que están siendo generados por el crecimiento de la población, por la transformación de su estructura por edades, de sus necesidades y de sus demandas para lo cual contribuyen también los momentos difíciles en el plano económico y en el plano político, parecen constituir—repito—una tarea casi imposible. Pero es en este desafío in-

menso y las dificultades que se enfrentaron para su realización lo que constituye también la oportunidad de su concepción.

“La crisis tiene su lado positivo, que es el de hacer pensar sobre la necesidad de cambios, que es el aumento de la conciencia sobre la necesidad de la cooperación, que es la preocupación agrandada por el uso eficiente de los recursos de que disponemos. La atención primaria de salud, cuando vista dentro de este contexto, resulta como el camino más útil y potencialmente más efectivo que todos debemos caminar, y al recorrer ese camino dos cosas parecen ser fundamentales: la primera es que esta estrategia debe ser vista no solo como un programa de actividades, sino como un medio de conseguir el desarrollo integral de todo el sistema de servicios de salud; y la segunda el de que ella debe nacer, debe ser formulada, debe ser desarrollada dentro de cada realidad nacional”.

Terminó su discurso señalando que la OPS tiene:

“...el orgullo de ofrecerse como socia, de traer su solidaridad y también su compromiso para la tarea de la construcción del futuro que tenemos que hacer conjuntamente, construir el futuro que deseamos, un futuro mejor, un futuro más solidario, un futuro de más libertad, un futuro de bienestar para todos los habitantes, un futuro de paz, es la gran meta de dar salud para todos, quizás antes del año 2000”.

REUNION DE UN GRUPO CONSULTOR SOBRE EDUCACION EN ENFERMERIA

Del 23 al 27 de mayo de 1983 se reunió en Washington, D.C., en la sede de la OPS, el Grupo Consultor sobre Educación en Enfermería. Asistieron a la reunión más de 35 participantes de varios países, funcionarios de la OPS y de la OMS e invitados especiales.

El tema principal de debate fue la formación y utilización del recurso humano de enfermería para contribuir a la meta de salud para todos en el año 2000 en las Américas. Los objetivos fundamentales de la reunión fueron:

- Identificar tendencias en el desarrollo de áreas críticas en enfermería que influyen en los modelos educacionales de los países de la Región.
- Proponer el marco de referencia de enfermería en docencia y servicio para el análisis de la situación y diseño de estrategias de cambio a ser discutidos en futuras reuniones en las subregiones.
- Proponer mecanismos de coordinación para la cooperación técnica de la OPS en materia de educación en enfermería.
- Analizar los logros y limitaciones del Programa de Libros de Texto de Enfermería de la OPS, a la luz de las nuevas orientaciones en enfermería y proponer nuevos temas y textos así como mecanismos de distribución adecuada para que el programa siga prestando cooperación técnica a los países de la manera más efectiva.

Como resultado de la reunión se formularon una serie de recomendaciones después de identificar áreas críticas que enfrentan los países en sus esfuerzos por mejorar los procesos de enseñanza-aprendizaje en enfermería.

En un próximo número de *Educación médica y salud* se incluirá el informe del Grupo Consultor.

XI CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA TROPICAL Y MALARIA

En Calgary, Alberta, Canadá, del 16 al 22 de septiembre de 1984, se celebrará este congreso. Sus objetivos son: reseñar y revisar el conocimiento actual de las principales enfermedades tropicales, y evaluar el estado actual del conocimiento de la prevención, control y tratamiento de estas enfermedades.

El programa científico comprende los siguientes temas:

- Malaria y otras enfermedades parasitarias e infecciosas tropicales.
- Nutrición y salud en los trópicos.
- Servicios de atención de salud para comunidades tropicales.
- Protección de la salud materno-infantil.
- Protección de la salud ambiental: agua, desechos sólidos y líquidos, vectores de las enfermedades.
- Impacto y manejo de los problemas de las enfermedades tropicales en las zonas templadas.
- Proceso de desarrollo: impacto sobre la salud de los trópicos.

Las personas interesadas en obtener mayor información pueden dirigirse a: Secretariat XI ICTMM, Conference Office, The University of Calgary, Calgary, Alberta, Canadá T2N 1N4, Canadá.

PROGRAMA DE ESPECIALISTA CLINICA EN ENFERMERIA NEUROLOGICA MEDICO-QUIRURGICA

La Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana está próxima a concluir los planes para la realización de un programa de formación avanzada conducente a otorgar el título de "Enfermera Especialista Clínica en Enfermería Neurológica Médico-Quirúrgica".

Este programa, que constituye una estrategia conjunta de esa Facultad y de la Fundación Instituto Neurológico de Colombia, será el primero de posgrado en enfermería neurológica que se ofrecerá en América Latina, como una respuesta a las necesidades de salud en esta área.

Los propósitos del programa son:

1. Preparar profesionales de enfermería en los aspectos teóricos y clínicos del cuidado primario, secundario y terciario que se debe dar al individuo, la familia o grupos de la comunidad que presentan afecciones del sistema nervioso.
2. Mejorar la calidad del cuidado de enfermería, promoviendo la participación directa del profesional especializado en la atención al paciente con afecciones del sistema nervioso.
3. Fomentar el desarrollo de los aspectos clínicos del ejercicio profesional de enfermería, por medio de la investigación.

Se trata de un programa de formación avanzada para profesionales en enfermería, tanto de Colombia como de otros países de América Latina.

Diseñado en base al papel del profesional de enfermería en la atención al paciente con afecciones primarias o secundarias del sistema nervioso, el programa constituye un proceso a través del cual el alumno adquiere los conocimientos y las habilidades esenciales para identificar los problemas de enfermería del cliente, lo mismo que para formular o aplicar los cuidados que dicho cliente requiere.

El programa se desarrolla por un tiempo de tres períodos académicos, durante los cuales se profundiza en el estudio morfofisiológico del sistema nervioso, los procesos fisiopatológicos que lo afectan y los recursos diagnósticos y terapéuticos para su manejo.

Simultáneamente, el programa estimula al profesional de enfermería en el análisis de la práctica en las áreas neurológica y neuroquirúrgica, favoreciendo con ello la integración progresiva de conocimientos y el desarrollo de destrezas.

Los requisitos de inscripción e ingreso son:

1. Título Universitario de Enfermera (Licenciatura o su equivalente).
2. Registro completo de calificaciones de la carrera de enfermería.
3. Documentos que certifiquen dos años de experiencia profesional (incluyendo servicio social obligatorio para Colombia).
4. Diligenciar el formulario de inscripción, que puede solicitarse a la sede del Programa.
5. Pagar los derechos de inscripción que fije la Universidad.
6. Presentar garantía de financiación del curso.
7. Aprobar el proceso de selección.

Para más información diríjase a: Programa de Especialista Clínica en Enfermería Neurológica Médico-Quirúrgica, Facultad de Enfermería, Universidad Javeriana, Carrera 7ª No. 40-90, Bogotá, D.E. Colombia.

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

Curso Intermedio de Epidemiología, Bioestadística y Sistemas de Información en Salud

La Escuela de Salud Pública de México, en el segundo semestre de 1983, desarrollará un curso de capacitación en métodos intermedios de bioestadística y epidemiología y sus aplicaciones en la salud pública y en la investigación clínica y epidemiológica, para personal seleccionado de instituciones educativas superiores e instituciones de salud en países de habla española y portuguesa de las Américas y Europa.

El objetivo del curso es:

- Capacitar personal graduado de diversas disciplinas que trabajan en el campo de la salud en los métodos intermedios actualizados y las aplicaciones de la epidemiología y la bioestadística.

- Estimular el desarrollo de la investigación epidemiológica en instituciones que prestan atención de salud y en instituciones académicas superiores de los países de habla española y portuguesa.
- Proporcionar a los participantes las bases necesarias para definir las necesidades de salud de la población con criterios epidemiológicos, a partir de los conceptos e identificación de daños y riesgos.
- Familiarizar a los participantes con las aportaciones que la epidemiología tiene o puede tener en el diseño y evaluación de programas, así como en la formulación de políticas de salud.

El curso está organizado en forma modular y su diseño curricular estará orientado por el enfoque interdisciplinario de problemas específicos, mediante la metodología apropiada para su solución. Constará de siete módulos, cada uno de los cuales tendrá contenidos teóricos y prácticos de bioestadística, epidemiología y sistemas de información en salud, encaminados al cumplimiento de objetivos, tanto cognoscitivos como de destrezas específicas, para la práctica de la salud pública y la ejecución de investigaciones epidemiológicas.

Se llevará a cabo mediante presentaciones magistrales, sesiones de laboratorio, discusiones de grupo, y trabajo individual para estudio de contenidos y solución de ejercicios. En cada una de estas actividades se tratará de ilustrar las potencialidades y las limitaciones de los enfoques metodológicos discutidos.

El tipo de problemas a los que se hará referencia incluirán aspectos relacionados con los métodos básicos de bioestadística y epidemiología clínica, los usos de la epidemiología en el área de la salud materno-infantil, la aplicación de los métodos epidemiológicos a la formulación de políticas de salud y a la planificación y evaluación de la atención para la salud. Quedarán comprendidos, por otra parte, contenidos de epidemiología de enfermedades infecciosas, enfermedades crónicas, enfermedades ocupacionales y genética epidemiológica.

Para más información dirigirse a: Coordinación de Educación Continua, Escuela de Salud Pública de México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Ave. Fco. de Miranda No. 177, Colonia Merced Gómez, Unidad Plateros, México, D.F. 01600, México.

Programa de Posgrado en Administración de Salud y Seguridad Social

En la Facultad de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, tendrá lugar en septiembre de 1983 el I Taller Panamericano de Seguridad Social. El Taller tendrá los siguientes objetivos:

- Analizar y aclarar aspectos fundamentales relacionados con la conceptualización de la seguridad social.
- Revisar experiencias positivas vigentes y establecer un estudio comparativo de los modelos en operación a nivel panamericano.
- Promover propuestas de desarrollo futuro de la seguridad social para los países a través de estrategias específicas de acción.

Se tratará de contar prioritariamente con participantes de países de las Américas que tengan experiencia reconocida en el desarrollo de este sector; de países que representen opciones innovativas que por sus características configuren modelos diferentes de organización, y de países que requieren ampliar y enriquecer sus conocimientos para el mejoramiento de sus respectivos sistemas de seguridad social.

Los participantes de Colombia procederán de organismos interesados que tengan conocimiento especializado en este campo y correspondan al nivel directivo de sus instituciones.

Habrán exposiciones magistrales de expertos internacionales en temas seleccionados por el comité coordinador del Taller. Los documentos que presenten los expertos serán distribuidos con anterioridad a la reunión y servirán de referencia a los participantes para la discusión en pequeños grupos, de donde se espera saldrán aportes concretos y específicos a la problemática prevista en un sistema de guías semiestructuradas que darán flexibilidad al tratamiento de aspectos adicionales que surjan del interés de los participantes.

Los temas generales que se tratarán son: la conceptualización y el desarrollo histórico de la seguridad social, dando especial énfasis a aspectos estructurales de contenidos y principios de la seguridad social, aspectos financieros, planificación y formación de recursos humanos, administración de salud en la seguridad social, y aspectos demográficos, de políticas y jurídicos.

También se presentarán y discutirán casos de diversos países, que por sus características y experiencias pueden servir de estudio y enseñanza, especialmente si han desarrollado áreas críticas que beneficien el conocimiento. Por ejemplo, desarrollo de la seguridad social en Colombia, situación de seguridad social en Chile, modelo de seguridad social en Cuba, la seguridad social en Canadá (organización y administración a nivel local y participación comunitaria) y el modelo único de Costa Rica.

Los interesados deben dirigirse a: Universidad Javeriana, Carrera 10 #65-48 Piso 4º, Bogotá, Colombia.

Conferencia en Venezuela

El Instituto de Estudios Superiores de Administración de Caracas (IESA) está preparando una conferencia internacional sobre los problemas de gestión de las empresas estatales en América Latina. Los participantes nacionales y extranjeros en la conferencia intercambiarán opiniones sobre los siguientes temas: incentivos y desempeño; actitudes culturales y otras características especiales de los gerentes; planificación estratégica; finanzas; capacidad administrativa y organización óptima; innovación y productividad, y tecnología. Se espera preparar una publicación con las ponencias que se presenten en dicha conferencia.

La dirección de IESA es: Apartado 1640, Caracas 1010A, Venezuela.

Cursos en los Estados Unidos

La Escuela de Salud Pública de la Universidad de Minnesota, en St. Paul, viene ofreciendo hace algunos años cursos de autoinstrucción o independientes en materia de administración de la atención médica y hospitalaria. También ofrece otros programas sobre administración de salud mental, tratamiento ambulatorio y otros.

Los programas son divididos en módulos, con componentes de adiestramiento en servicio o investigación.

Para más información escribir a: ISP/ACA, University of Minnesota, 2642 University Ave., 2nd floor, St. Paul, Minnesota 55114

Curso de administración de salud en Brasil (PROASA/Rio)

La Escuela Brasileña de Salud Pública/Fundación Getulio Vargas ha programado el II Curso Internacional sobre Política y Administración de Salud para la América Latina y el Caribe, que se llevará a cabo en Rio de Janeiro del 26 de septiembre al 2 de diciembre de 1983. El curso (10 semanas) se ha organizado con el propósito de capacitar recursos humanos en la administración de sistemas nacionales de salud como estrategia para lograr su perfeccionamiento con miras a alcanzar la meta de salud para todos.

En base a los objetivos de mejorar los conocimientos, aptitudes y habilidades de los participantes en el análisis y la evaluación de las políticas sociales y sectoriales vigentes en los países de la Región, se examinarán los procesos decisorios y su modo de operación y se fomentará la utilización de nuevos conocimientos y la formulación de nuevas opciones, de acuerdo con las necesidades de cada país.

El curso se desarrollará en cuatro módulos:

- Formulación y evaluación de las políticas sociales y sectoriales de la Región: examinar las principales características del proceso de desarrollo en los aspectos económicos, políticos y sociales. Análisis del estado capitalista, destacando el papel de la administración pública y los patrones de intervención estatal a través de las políticas sociales y de salud.
- Planeamiento del sistema de atención de salud: estudio de la teoría de planeamiento social y sectorial, modelos vigentes en la Región y en otros países, análisis del proceso de asignación de recursos financieros y humanos, técnicas alternativas.
- Gerencia del sector salud: análisis de las características estructurales y funcionales de los organismos de salud en la Región, destacando los aspectos presupuestarios, de gerencia de personal y del proceso evaluativo.
- Política y administración de salud: seminario final de integración de todo el contenido y elaboración de trabajos sobre casos específicos de política y administración de salud.

*Nuevas publicaciones sobre administración en salud*¹

- American College of Hospital Administrators
840 North Lake Shore Drive
Chicago, Illinois 60611

Case Studies in Health Administration, Volume III: 1983-Strategic Planning for Hospitals. US\$10,00 (Estudiantes, US\$8,00)

Hospital and Health Services Administration. Publicación bimestral. Suscripción por un año, US\$12,50. (Canadá y países extranjeros, US\$17,50)

Lachner, Bernard J. *Judgment in Administration.* 1982. US\$25,00

- American College of Nursing Home Administrators
4650 East-West Highway
Bethesda, Maryland 20814

Financial Management. 1979. 87 págs. US\$30,00 (No socios, US\$40,00)

Fire Prevention and Safety in Nursing Homes. 1979. 86 págs. US\$30,00 (No socios, US\$40,00)

- American Hospital Association
840 North Lake Shore Drive
Chicago, Illinois 60611

Esmond, Jr., Trumond H. *Budgeting Procedures for Hospitals.* 1982. 197 págs. US\$31,00 (No socios, US\$38,75), ISBN 0-87253-376-7

The Changing Role of the Hospital: Options for the Future. Recopilado por The Minnesota Hospital Association, 1980. 322 págs. US\$28,00 (No socios, US\$35,00)

- Aspen Systems Corporation
1600 Research Blvd.
Rockville, Maryland 20850

Beck, Donald F. *Basic Hospital Financial Management.* 1981. 300 págs. US\$27,50. ISBN 0-89443-329-6

Dever, G. E. *Community Health Analysis: A Holistic Approach.* 1980. 409 págs. US\$33,50. ISBN 0-89443-161-7

Furukawa, Chiyoko y Dianna Shomaker. *Community Health Services for the Ages: Promotion and Maintenance.* 1982. 372 págs. US\$31,95. ISBN 0-89443-382-2

McConnell, Charles R. *The Effective Health Care Supervisor.* 1982. 317 págs. US\$28,50. ISBN 0-89443-390-3

- Canadian Hospital Association/Association des Hôpitaux du Canada
17 York Street, Suite 100
Ottawa, Ontario K1N 916
Canadá

Esta Asociación enviará a los interesados un catálogo de todas sus publicaciones.

¹ Estas publicaciones se pueden adquirir directamente de las instituciones respectivas indicadas.

- Catholic Health Association of the U.S.

4455 Woodson Road
St. Louis, Missouri 63134

Engstrom, Karen. *Consent Manual: Policies, Laws, Procedures*. 1981. 88 págs. US\$10,00. ISBN 0-87125-065-4

Saint John's Hospital of Springfield, Illinois. *The Administrative Manual*. 1975. 307 págs. US\$10,00. ISBN 0-87125-026-8

The DePaul and Mount St. Vincent Hospital of Seattle, Washington. *Administrative Manual of Policies and Procedures for Long-Term Care Facilities*. 1976. 287 págs. US\$10,00

- CBI Publishing Company

286 Congress Street
Boston, Massachusetts 02110

Deutsch, Henri y Sheldon Bustow. *Developmental Disabilities: A Training Guide*. 1982. US\$15,95. ISBN 0-8436-0851-X

Rhoads, Jerry L. *Basic Accounting and Budgeting for Long-Term Care Facilities*. 1981. 460 págs. US\$24,95. ISBN 0-8436-0795-5

- D.C. Health/Lexington Book Division

125 Spring Street
Lexington, Massachusetts 02173

Altman, Stuart y Harvey M. Supolsky. *Federal Health Programs*. 1981. 248 págs. US\$13,95. ISBN 0-669-03671-1

Callahan, Jr., James J. y Stanley S. Wallach, eds. *Reforming the Long-Term Care System*. 1981. 261 págs. US\$13,95. ISBN 0-669-05547-6

- The Free Press

(División de la Compañía Macmillan)
866 Third Avenue
New York, NY 10022

Cohen, Ronald J. y William E. Mariano. 1982. 493 págs. US\$39,95. *Legal Guidebook in Mental Health*. ISBN 0-02-905740-X

Christoffel, Tom. *Health and the Law*. 1982. 450 págs. US\$29,95. ISBN 0-02-905370-6

Mechanic, David. *Handbook of Health, Health Care and the Health Professions*. 1983. 806 págs. US\$49,95. ISBN 0-02-920690-1

- Health Administration Press' AUPHA Press

1021 East Huron Street
Ann Arbor, Michigan 48109

Belling, Lowell E. y Lewis E. Weeks. *The Challenge of Administrative Health Services: Career Pathways*. 1981. 384 págs. US\$10,74. ISBN 0-914904-64-7

Donabedian, Avedis. *Criteria and Standards of Quality*. 1981. 504 págs. Tela, US\$30,00; papel, \$25,00. ISBN 0-914904-68X

Regenstreif, Gene, ed. *Abstracts of Health Care Management Studies*. 1983. US\$60.00 por año. ISSN 0194-4908

Warner, Kenneth E. y Bryan R. Luce. *Cost-Benefit and Cost-Effectiveness Analysis in Health Care: Principles, Practice, and Potential*. 1982. 384 págs. US\$28,00. ISBN 0-914904-81-7

- Laventhol & Horwath

1845 Walnut Street
Philadelphia, Pennsylvania 19103

Cusie, David L. y Herbert C. Sarvetnick. *Primary Concerns for Hospital Trustees*. 1982. 126 págs. US\$19,50.

- Health Care Financial Management Association

1900 Spring Road, Suite 500
Oak Brook, Illinois 60521

Suver, James D. y Bruce Neuman. *Management Accounting for Health Care Organizations*. 1981. 444 págs. ISBN 0-930228-16-2

Suver, James D. y Bruce Neuman. *Solutions Manual for Management Accounting for Health Care Organizations*. 1981. 188 págs.

- Hospital Research and Educational Trust

840 North Lake Shore Drive
Chicago, Illinois 60611

Case Mix Classification Systems: Development, Description and Testing. US\$16,95.

Environmental Assessment Overview: 1983. La serie, US\$175,00 por un año.

Health Services Research. Publicación trimestral. US\$30,00 por un año.

- Oelgeschlager, Gunn & Hain, Inc.

1278 Massachusetts Avenue
Cambridge, Ma. 02138

Gleason, Herbert P., ed. *Getting Better: A Report on Health Care from the Salzburg Seminar*. 150 págs. US\$22,50. ISBN 0-89946-053-4

Thomás, Gregory S. y cols., eds. *Exercise and Health: The Evidence and the Implications*. 240 págs. US\$22,50. ISBN 0-89946-048-8

- Spectrum Publications/SP Medical

175-20 Wexford Terrace
Jamaica, NY 11432

Gay J. y B. Jacobs, eds. *Competition in the Marketplace: Health Care in the 1980's*. US\$14,95.

Nutt, Paul. *Evaluation Concept and Methods: Shaping Policy for the Health Administrator*. US\$29,95.

Rakich, Jonathan y Kurt Darr. *Hospital Organization and Management: Text and Readings*. Tercera edición. US\$29,95.

- Wiley Medical
(John Wiley and Sons, Inc.)
605 Third Avenue
New York, NY 10158

Feldstein, Paul J. *Health Care Economics*. 1979. 496 págs. US\$29,95. ISBN 0-471-05361-9

Williams, Stephen J., ed. *Introduction to Health Services*. 1979. 397 págs. US\$24,95. ISBN 0-471-04612-4

Williams, Stephen J., ed. *Issues in Health Services*. 1979. 371 págs. US\$23,95. ISBN 0-471-04679-5

- W. B. Saunders Co.
West Washington Square
Philadelphia, Pennsylvania 19105

Rakich, Jonathan S. y cols. *Cases in Health Services Management*. 1983. 350 págs.

Rakich, Jonathan S. *Managing Health Care Organization*. 1977. 350 págs. ISBN 0-72167451-8

NUEVO EDITOR CIENTIFICO DE EDUCACION
MEDICA Y SALUD

El Dr. Carlos A. Vidal, médico peruano que desde 1973 ha estado a cargo de diversos aspectos del programa de desarrollo de recursos humanos de la Organización Panamericana de la Salud, ha asumido la responsabilidad técnica de *Educación médica y salud*. El Dr. Vidal es funcionario del actual Programa de Personal de Salud, unidad de la que depende la revista.

Sustituye en esta función al Dr. José R. Teruel, médico brasileño que venía actuando como editor científico de la revista desde 1980 y ha pasado a ocuparse de otras funciones en la nueva administración de la OPS.

Libros

PUBLICACIONES DE LA OPS Y DE LA OMS¹

Simposio Regional sobre Recursos Humanos para el Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica 437. Washington, D.C., 1983. 272 págs. Precio: US\$8,00. ISBN 92 75 31437 3

Para alcanzar la meta global del Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental de proporcionar a todos los habitantes del mundo en 1990 agua potable y sistemas adecuados para evacuación de excretas son necesarias nuevas estrategias. Las mismas implican una expansión más acelerada de los servicios que, a su vez, conlleva la búsqueda de soluciones apropiadas a las condiciones socioeconómicas de los países. La marcha de este proceso dependerá de que en esos países existan los recursos humanos debidamente preparados para planificar, diseñar, construir, administrar, operar y mantener los servicios. Además, requiere la participación activa de la comunidad.

Con el fin de analizar la problemática del perfeccionamiento de los recursos humanos en este campo, incluyendo la participación de la comunidad, y definir posibles soluciones que se apliquen a las condiciones actuales de los países, la OPS convocó en julio de 1982, en la ciudad de Panamá, el Simposio Regional sobre Recursos Humanos para el Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental.

En esta publicación se presentan los 18 trabajos que constituyeron los documentos básicos del Simposio y el informe final del mismo. En tales estudios, que aparecen en español, inglés o portugués, se analiza la demanda de recursos humanos capacitados para cumplir con las metas del Decenio, se plantea un enfoque sistemático para la formación de los recursos humanos dentro del marco de las instituciones nacionales, y se hace hincapié en que el perfeccionamiento de los recursos humanos en primera instancia es responsabilidad de los niveles directivos de las empresas, responsabilidad que debe traducirse en acciones institucionales integradas, junto con otras responsabilidades de la institución. Asimismo se analizan los aspectos ligados a la utilización eficiente de los recursos humanos, la participación activa de la comunidad en los programas y proyectos de abastecimiento de agua y saneamiento, y la función del sistema educacional en la forma-

¹Estas publicaciones se pueden adquirir al precio indicado, si se solicitan de la sede de la Oficina Sanitaria Panamericana en Washington, D.C., o de la sede de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, Suiza, según corresponda. En Sudamérica, se pueden obtener a través de la Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud de la OPS, Rua Botucatu 862, São Paulo, S.P., Brasil.

ción de los recursos humanos necesarios para alcanzar las metas del Decenio. Esta publicación interesa a los organismos nacionales de coordinación, las instituciones de agua y saneamiento, las universidades, y otras instituciones educacionales que tienen a su cargo la formación de recursos humanos en la esfera del agua y del saneamiento.

Certificados de vacunación requeridos para los viajes internacionales y advertencias a los viajeros. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica 440. Washington, D.C., 1983. 76 págs. Precio: US\$6,00. ISBN 92 75 31440 3

Esta publicación, traducción del original inglés preparado por la OMS, resume los requisitos de vacunaciones exigidas por los distintos países y regiones al 1 de enero de 1983, la situación epidemiológica de la malaria—enfermedad que se transmite cada vez con mayor frecuencia entre los viajeros—así como los riesgos para la salud a los que puede exponerse el viajero y las zonas en que estos son más frecuentes.

Existen muchas enfermedades transmisibles que no se incluyen en el Reglamento Sanitario Internacional para las que puede ser importante conocer ciertas medidas de prevención, no solo para los viajeros sino también para sus familias y comunidades cuando regresan de sus viajes; entre ellas cabe citar, además de la malaria, otras infecciones transmitidas por insectos, numerosas formas de enfermedades diarreicas y una larga serie de afecciones asociadas al consumo o ingestión de los alimentos y al agua. Sin pretender ser un sustituto de otras publicaciones más completas sobre la materia, el libro que se comenta tiene por objeto informar acerca de esas enfermedades, proporcionar datos esenciales sobre los requisitos de vacunaciones y hacer referencia a las precauciones que deben tomarse contra ciertas entidades morbosas. Su contenido es el siguiente: requisitos con respecto a los certificados internacionales de vacunación e información sobre la malaria; listas de países que exigen certificados de vacunación e información local sobre la malaria; posibles riesgos para la salud a que están expuestos los viajeros; distribución geográfica de dichos riesgos, y precauciones contra ciertas enfermedades. En un anexo se presenta un modelo de certificado internacional de vacunación contra la fiebre amarilla; también se incluyen dos índices, uno de países y territorios y otro de materias. Por último figuran tres mapas con la situación de la malaria en 1981 y las zonas endémicas de fiebre amarilla en Africa y en las Américas. Las administraciones nacionales de salud, las compañías navieras y aéreas, y las agencias de turismo encontrarán en esta publicación una guía útil y práctica para cumplir con su responsabilidad de advertir a los viajeros acerca de los riesgos para la salud inherentes a un viaje.

La partera tradicional en siete países: Ejemplos prácticos de utilización y adiestramiento, edición preparada por A. Mangay-Maglacas y H. Pizurki, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1981. 283 págs. Cuadernos de Salud Pública, No. 75. Precio: US\$7,50. ISBN 92 4 330075 X.

Las necesidades de las mujeres y los niños en materia de salud—y en particular las de los que viven en las zonas rurales de los países en desarrollo—no son atendidas en la medida necesaria. Las infecciones, la malnutrición y las complicaciones del embarazo y la infancia siguen cobrándose un elevado diezmo en vidas humanas por muchas razones, entre ellas, la cobertura insuficiente de atención de salud, la pobreza, la ignorancia y la evolución del medio social. En muchos países habrán de transcurrir muchos años antes de que los recursos nacionales basten para permitir la formación de un contingente suficientemente numeroso de personal capacitado para prestar servicios de salud completos.

Sin embargo, en muchas sociedades, especialmente de Asia, Africa y América Latina, se encuentran personas que ejercen la medicina tradicional y parteras tradicionales (PT). A menudo forman parte de la comunidad, la cultura y las tradiciones locales, y en muchos lugares gozan de una posición social elevada y ejercen una considerable influencia en las prácticas de salud locales. Por consiguiente, la Organización Mundial de la Salud ha estado fomentado su utilización y su adiestramiento en un esfuerzo por aprovechar al máximo las grandes posibilidades que ofrecen las propias comunidades, y de esta manera ayudar a los países a mejorar su propia capacidad.

En esta publicación se describen los esfuerzos hechos por seis países—Ecuador, Filipinas, Honduras, Sierra Leona, Sudán y Tailandia—para establecer programas de formación de PT, y se exponen las razones por las que se considera necesario establecer en Sri Lanka un programa similar. En cada uno de los estudios se profundiza el examen de alguna característica particular del programa de PT en el país interesado, y todos ellos presentan una visión general de la formación y la utilización de las PT.

Mediante la recopilación y la publicación ulterior de la información obtenida en los países, la OMS espera estimular el interés nacional en el desarrollo de los programas de PT en los lugares donde no existe actualmente ese interés, a fin de que cada país que posea parteras tradicionales pueda comparar sus progresos o sus deficiencias con los de otros, y para conocer mejor las razones del éxito o del fracaso.

Este libro interesará a las personas que tienen a su cargo las actividades de formación y supervisión en materia de atención primaria de salud, especialmente en servicios de enfermería, partería y planificación familiar. Constituye también una lectura interesante e informativa para los planificadores y administradores de los servicios de salud que desean aprovechar al máximo los recursos humanos disponibles y para los sociólogos que se interesan por los países en desarrollo.

Guía práctica de lucha contra el tracoma en programas para la prevención de la ceguera, por C. R. Dawson, B. R. Jones y M. L. Tarizzo, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1981. 68 págs. Precio: US\$4,50. ISBN 92 4 354157 9.

El tracoma, que según se estima afecta a aproximadamente unos 500 millones de personas (incluidos por lo menos dos millones de ciegos y un número mucho mayor que ha sufrido pérdida parcial de la visión), es la causa de ceguera que más fácilmente puede evitarse. En años recientes ha habido un aumento considerable de los conocimientos sobre el agente causal del tracoma y sobre las modalidades epidemiológicas que determinan la intensidad de la inflamación y la gravedad de la enfermedad. Esta nueva información, junto con el interés que existe actualmente por la lucha contra el tracoma como parte del programa de la OMS para la prevención de la ceguera, hizo necesario revisar la publicación de la OMS *Field Methods for the Control of Trachoma*, que apareció en 1973.

Esta nueva guía práctica presenta métodos sencillos y eficaces que pueden aplicarse ampliamente en comunidades que sufren ceguera por el tracoma y que carecen de servicios. La guía destaca la importancia de que la propia población participe al máximo en la promoción de medidas sanitarias para prevenir y curar el tracoma causante de ceguera. Por este medio se trata de hacer el mejor uso posible de los recursos disponibles, pero limitados, y de actuar en conformidad con la definición de objetivos de salud y la reorientación de actividades sanitarias, según se expusieron en la Declaración de Alma-Ata sobre atención primaria de salud.

En esta guía se describen los principios fundamentales para la organización de programas de lucha contra el tracoma. Se resumen los conocimientos actuales sobre los aspectos epidemiológicos y clínicos de la enfermedad, y se describen tanto el procedimiento más frecuentemente empleado para tratar en gran escala el tracoma luchando contra la transmisión de la infección, como el tratamiento más intensivo de casos individuales. También contiene recomendaciones sobre actividades de adiestramiento, educación sanitaria, evaluación de resultados y vigilancia de programas. Los métodos fundamentales descritos en la guía pueden adaptarse a las condiciones locales y permitir que los programas de lucha contra el tracoma se pongan en marcha rápida y eficazmente.

Economic aspects of communicable diseases. Report on a WHO Working Group [Aspectos económicos de las enfermedades transmisibles. Informe sobre un grupo de trabajo de la OMS]. Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa, 1982, 30 págs. EURO Reports and Studies, No. 68. Precio: US\$2,00. ISBN 92 890 1234 X.

La enfermedad resulta costosa, y los administradores de salud se ven obligados cada vez más a competir con otros sectores de la economía para obtener la debida

proporción de los escasos recursos financieros. Esa competencia debe entablarse en los mismos términos, y para ello los administradores deben poder demostrar que utilizan sus actuales recursos de manera eficaz y eficiente, para lo cual han de aplicar a los servicios de salud las técnicas que permiten establecer la relación entre el costo y la eficacia.

En la publicación que se reseña se presentan las conclusiones de un Grupo de Trabajo sobre la aplicabilidad de esa clase de análisis económico a los servicios de salud. Aunque es difícil evaluar los beneficios de la buena salud en términos financieros, el Grupo de Trabajo muestra que es posible medir cierto número de criterios pertinentes. Examinando los diversos componentes del ciclo infeccioso y los distintos métodos posibles de prevención, tratamiento y curación, el Grupo muestra cómo se puede elegir el método o grupo de métodos óptimo. Así, por ejemplo, un medicamento costoso puede resultar más barato a la larga que otro más económico, si basta tomarlo en cantidades menores, si es más eficaz y si, además, causa menos efectos secundarios. Así ocurre, por ejemplo, con la vacuna antirrábica de células diploides humanas. Aunque en sí misma es más cara que la vacuna de embrión de pato, su empleo resulta más económico en conjunto, principalmente porque no causa efectos secundarios que exijan la hospitalización del paciente o signifiquen una pérdida de días de trabajo. Otro ejemplo: el costo de emplear una enfermera para que vigile las posibles infecciones quizá sea elevado, pero puede estar justificado si queda compensado por las economías efectuadas en la reducción de las infecciones de origen hospitalario. Los beneficios de la buena salud pueden medirse también, en relación, por ejemplo, con sus efectos en la productividad de la economía.

En sus trabajos, el Grupo se basó en diversos estudios sobre la rabia, la hepatitis vírica, la salmonelosis y las infecciones adquiridas en los hospitales. Esas enfermedades transmisibles están bien documentadas y se dispone de datos excelentes que permiten investigar a fondo sus costos directos e indirectos. El Grupo subrayó la importancia de medir no solamente los costos directos de una enfermedad asociados a la incidencia y la mortalidad sino también los costos indirectos que entrañan la prevención y la vigilancia. Los casos de rabia, por ejemplo, son raros, pero ciertas medidas de vigilancia como la cuarentena son causa de elevados costos indirectos.

Es un error común considerar que las enfermedades transmisibles apenas influyen en el estado de salud de las poblaciones europeas o en los casos del sector de salud. Este error se debe en parte al hecho de que muchos de los gastos que acarrearán esas enfermedades son asumidos por sectores distintos del sector de la salud. Las medidas de prevención pueden ocultar el verdadero coste de la enfermedad. La salmonelosis, por ejemplo, probablemente cuesta a la industria alimentaria mucho más de lo que cuesta al sector salud como enfermedad.

Esta publicación es de importancia fundamental para las autoridades de salud, los administradores sanitarios, los políticos y todas las personas interesadas no solamente en encontrar la manera más eficiente de combatir las enfermedades

transmisibles, sino también en utilizar con la máxima eficiencia posible los escasos recursos financieros de que dispone en conjunto el sector salud.

El envejecimiento neuronal y sus relaciones con la patología neurológica humana. Informe de un grupo de estudio de la OMS. Ginebra, 1981, 91 págs. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos, No. 665. Precio: US\$3,00. ISBN 92 4 320665 6.

Uno de los aspectos más notables del siglo XX es el aumento de duración de la vida humana, tanto en los países industrializados como en los que están en desarrollo. El consiguiente aumento del número de personas mayores de 65 años ha causado un aumento considerable de las afecciones relacionadas con la vejez y de las tensiones sociales. Como todas las actividades (lo mismo del intelecto que del comportamiento) están coordinadas e integradas por el sistema nervioso, el envejecimiento neuronal debe ser el aspecto esencial de este fenómeno biológico.

El presente informe sobre el envejecimiento neuronal y sus relaciones con la patología neurológica humana es fruto del trabajo de un Grupo de Estudio de la OMS que se reunió en Ginebra en diciembre de 1980. El objetivo principal de la reunión fue revisar los recientes adelantos de las neurociencias con el fin de enriquecer nuestros conocimientos sobre el envejecimiento neuronal y las afecciones neurológicas que acompañan a la vejez. En la reunión se revisaron los conocimientos actuales sobre los mecanismos básicos relacionados con el envejecimiento neuronal, se trató de la influencia del proceso de envejecimiento neuronal en la neuropatología y de la prevención de este proceso, y se examinó la información disponible acerca de las interrelaciones entre el envejecimiento neuronal y las características sociales del comportamiento de las poblaciones. Esto incluía un examen detallado de los aspectos clínicos de las afecciones neurológicas más comúnmente asociadas al envejecimiento, como la demencia senil del tipo Alzheimer, así como descripciones de nuevas técnicas de estudio del metabolismo cerebral (incluidos sistemas de modelos) y otras entidades neurológicas en las que existe un factor precipitante, como los virus lentos o las sustancias químicas. También se consideró la posibilidad de una prevención por medios farmacológicos o neuroquirúrgicos.

Se dan nuevas directivas y estrategias para estudios en diferentes culturas y se formulan recomendaciones para una acción apropiada que tenga por objeto promover las medidas preventivas y conduzca a una asistencia mejor a las personas aquejadas de trastornos neuronales de envejecimiento, con particular referencia a los países en desarrollo.

El informe está basado en una amplia documentación, que consta en una lista de referencias muy completa. Su publicación poco antes de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento fue muy oportuna.

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 presentados, 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 reference 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.

GOBIERNOS MIEMBROS DE LA OPS	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 Dr. Carlyle Guerra de Macedo	Director Adjunto Dr. H. David Banta	Subdirector Dr. Ramón Álvarez Gutiérrez
---	---	---

OFICINAS DE AREA

Area I, Apartado 6722 Caracas, Venezuela	Area III, 7ª Ave. 12-23, Zona 9 Guatemala, Guatemala	Area V, Caixa Postal 04-0229 Brasilia, D.F., Brasil
---	---	--

Area II, Apartado 105-34 México 5, D.F., México	Area IV, Casilla 2117 Lima, Perú	Area VI, Charcas 684, 4º piso Buenos Aires, Argentina
--	-------------------------------------	--

Oficina de Campo	509 U.S. Court House El Paso, Texas, E.U.A.	Caribe	Coordinador de Programa en el Caribe P.O. Box 508, Bridgetown, Barbados
-------------------------	--	---------------	--

OFICINA CENTRAL 525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.

CONTENIDO

**PROGRAMA DE ENSEÑANZA DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL:
CONCEPTUALIZACION Y ESTRATEGIAS PARA SU EVALUACION**

PERFIL Y ARRAIGO DEL MEDICO EN EL MEDIO RURAL EN MEXICO

SALUD ANIMAL Y ATENCION PRIMARIA DE SALUD

**TRABAJOS DE EXTENSION Y PRESTACION DE SERVICIOS EN LAS
ESCUELAS DE MEDICINA VETERINARIA**

**ALGUNOS PROBLEMAS DE LA FORMACION DEL PERSONAL DE
ENFERMERIA Y DE TECNICOS DE LA SALUD Y EVALUACION
DEL DESEMPEÑO**

UNIVERSIDADE E MUDANÇA

EL RETO DE LA MEDICINA FAMILIAR EN LAS AMERICAS

**SEMINARIO LATINOAMERICANO DE EDUCACION VETERINARIA Y
ATENCION PRIMARIA DE SALUD**

GRUPO CONSULTOR SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

NOTICIAS

LIBROS

