

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 4
1983

Artículos

- 363 Medicina y sociedad—Las corrientes de pensamiento en el campo de la salud—*Juan César García* 12
- 398 Notas sobre a evolução da escola médica no Brasil—*Renato Peixoto Veras, Lúcia de Souza Ribeiro e José Carlos de Souza Lima* 5
- 414 Un ensayo de investigación docente-asistencial en enfermería—*Esperanza de Monterrosa* 6
- 423 La enseñanza de la historia de la medicina en la formación del médico—*Roberto Serpa-Flores* 5

Reseñas

- 433 Taller sobre la Enseñanza de la Administración en los Programas de Enfermería 8
- 461 Fabricación de una realidad didáctica análoga a un proyecto de sociedad futura—*Fernando Lefebre* 12

Noticias

- 466 Nuevo Director Adjunto de la Oficina Sanitaria Panamericana
- 467 Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR)
- 468 Conferencia Internacional sobre la Terapia de Rehidratación Oral
- 469 Congresos de Pediatría 1984

Libros

- 470 Publicaciones de la OPS y de la OMS
- 475 Índice del Volumen 17

*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.

Medicina y sociedad—Las corrientes de pensamiento en el campo de la salud

JUAN CESAR GARCIA¹

La total autonomía de la medicina y, por consiguiente, su independencia de la estructura social o de las partes, instancias o elementos que la integran ya no es postulada, hoy día, por las corrientes importantes en las ciencias sociales. Se entiende, en este contexto, que un "elemento", "parte" o "instancia" de la sociedad es autónomo cuando está determinado por sus propias leyes. Las preguntas fundamentales, por lo tanto, no se dirigen hacia si la medicina es autónoma o no, sino hacia el grado de su autonomía relativa y al tipo de articulación que tiene la medicina con la totalidad social o con sus "partes". Las respuestas a estas preguntas varían de acuerdo con las corrientes existentes en las ciencias sociales y las escuelas filosóficas con las cuales estas se relacionan. Dado que la medicina es considerada como la aplicación de disciplinas científicas, esta problemática es incorporada, por algunos autores, dentro de una interrogante más general relativa a la relación existente entre la ciencia y la estructura social.

Lo expuesto anteriormente no implica que las diversas corrientes hayan planteado exactamente el mismo tipo de pregunta y que solo difieran en las respuestas. Algunas dificultades en el análisis de este campo del conocimiento se deben a que en la mayoría de los casos la pregunta inicial no está clara y explícitamente formulada, y solo es posible reconstruirla a partir de los planteamientos que se hacen de la propia definición de la medicina.

La medicina, según la Real Academia Española, es la ciencia y arte de precaver y curar las enfermedades del cuerpo humano (1). En su significado más amplio, medicina es un campo, región o parte de la sociedad constituida por prácticas y saberes que se diferencian de otros que se dan en esa misma sociedad. La forma más simple para diferenciar estas prácticas sería la de señalar su objetivo más obvio: la prevención y curación de la enfermedad y la preservación de la salud. Sin embargo, bajo el nombre de medicina se han incorporado, en diferentes períodos históricos, prácti-

¹Coordinador Interino de Investigaciones, OPS, Washington, D. C.

cas y saberes alejados de la concepción restricta de los conceptos salud-enfermedad. Así, por ejemplo, en la Grecia antigua se incluían dentro de la medicina prácticas y saberes para la conservación y mantenimiento de la belleza física. En las etapas iniciales del capitalismo, una buena parte de la práctica y el saber médico se dirigía a socializar a los individuos, en los asilos, para el trabajo industrial. En la actualidad los programas de control de la población son incorporados a la práctica médica, y aunque esto se justifique en términos de salud, el tema se relaciona más estrechamente con la instancia política. Según algunas corrientes, la medicina adquiere su significado a partir de su objeto que, para unas, es el "hombre enfermo" y, para otras, los conceptos socialmente definidos de salud y enfermedad. Sin embargo, para algunos autores, la medicina crearía su propio objeto y su papel estaría definido por la totalidad social.

La variedad de tesis existentes sobre los interrogantes mencionados hace necesario, en primer lugar, una exposición de cada una de estas a partir de las corrientes filosóficas con las que se encuentran relacionadas para analizar, posteriormente, la lucha teórica en el campo de la salud en el momento actual.

LAS CORRIENTES DE PENSAMIENTO EN EL CAMPO DE LA SALUD

En este capítulo se intenta señalar las bases filosóficas sobre las que se sustentan las principales corrientes existentes en el campo de la salud sin pretender hacer una historia de las corrientes filosóficas, ni realizar un análisis exhaustivo de cada una de estas.

Las dos corrientes fundamentales que han dominado el pensamiento filosófico son el idealismo y el materialismo. La pregunta básica de toda filosofía es aquella concerniente a la relación entre el pensamiento y el ser. Las respuestas que los filósofos han dado a esta pregunta se dividen en dos grandes grupos: las que afirman la primacía del espíritu sobre la naturaleza y las que dan prioridad a la naturaleza.

Las corrientes idealistas

Se denomina corriente idealista, en filosofía, a la orientación que reconoce la primacía del espíritu, la conciencia, y que considera la materia, la naturaleza, como algo secundario, derivado. El idealismo puede ser clasificado, tomando en cuenta los momentos del proceso cognitivo que se

estiman absolutos, en empirismo, racionalismo e irracionalismo. El *empirismo* asigna el papel principal a los elementos sensoriales del conocimiento; el *racionalismo* a los elementos lógicos del conocer y el *irracionalismo* a las capas profundas de la conciencia, como las emociones y las vivencias.

En las ciencias sociales dos corrientes idealistas han tenido una gran influencia en el estudio del campo de la salud: el neopositivismo y el neokantismo. El neopositivismo deriva sus posiciones fundamentales del empirismo y el neokantismo del racionalismo.

La corriente neokantista

El neokantismo es una corriente filosófica idealista que aparece en Alemania en la segunda mitad del siglo XIX. En América Latina esta corriente adquiere su auge en el decenio de 1920 y tiene una influencia importante en la llamada "reforma universitaria" (2).

Los neokantianos elevaron a un primer plano la tesis de Kant de que tanto la experiencia como el pensamiento son fuentes del conocimiento, existiendo *a priori* en la mente elementos de naturaleza formal, que reciben su contenido de la experiencia (3). Con esta tesis Kant trataba de superar las posiciones extremas del racionalismo, que sostiene que el conocimiento se origina en la razón, y del empirismo, para el cual el conocimiento se origina en la experiencia.

Los neokantianos, por otra parte, contraponen las ciencias de la naturaleza a las de la cultura, intentando demostrar la imposibilidad de conocer las leyes del desarrollo social. En la naturaleza existiría la repetibilidad de los fenómenos y, por tanto, allí (con la ayuda del método generalizador), es posible poner las leyes al descubierto. En la historia, en cambio, se dan fenómenos individuales, exclusivos, y por lo tanto, no habría leyes. La tarea del historiador radicaría únicamente en sistematizar los hechos apoyándose en un sistema de valores ideales atemporales (método ideográfico, individualizador) (4).

En opinión de los neokantianos, las relaciones morales entre los hombres desempeñan el papel fundamental en la sociedad. Para Kant, el hombre procede moralmente si actúa siguiendo la voz de la razón. Así, el imperativo categórico le ordena actuar de tal modo y no de otro, sea cual fuere su situación en la vida (5).

En los países iberoamericanos el representante más conocido de la corriente neokantiana referida al estudio del desarrollo de la medicina, es Pedro Laín Entralgo (6). Laín Entralgo distingue la práctica médica, en-

tendida esta como el arte de ayudar a la curación de un hombre enfermo, y la patología, definida como el saber científico acerca de la enfermedad. “La medicina o la práctica médica se halla orientada por la realidad misma del ser sobre el que recae; es decir, por la condición “personal” de la enfermedad y del enfermo. En términos kantianos la medicina corresponde a la instancia de la “experiencia”, y la “idea” está dada por el saber patológico. Según Laín Entralgo:

“La estructura y el contenido del saber patológico se hallan determinados por dos instancias rectoras: la realidad (el enfermo) sobre el cual versa el saber y el punto de vista desde el cual esa realidad es conocida (la situación intelectual del patólogo)” (7).

Sin embargo, siguiendo el razonamiento kantiano, para Laín Entralgo erraría quien pensase que “la actitud médica” y “la actitud patológica” son real y absolutamente deslindables en el seno de cualquier situación histórica. No hay “ideas” sin “experiencia” ni “experiencia” sin “ideas”, aun cuando haya situaciones históricas y personales en que prevalezcan mucho una sobre la otra.

A partir de la distinción entre medicina y patología, Laín Entralgo construye un grupo de “metas” hacia las cuales puede dirigirse la intención de ayuda y la intención de explicación. Estas metas o modos son similares en su construcción a las orientaciones valorativas propuestas por Parsons y, en su carácter metodológico, al tipo “ideal” de Max Weber. Los tres modos de considerar el tratamiento (el subjetivo, el sociológico y el objetivo) y los tres modos de entender la enfermedad (el semiológico, el etiológico y el nosológico) propuestos por Laín Entralgo podrían darse, juntos o separados, en todas las situaciones históricas. Con estos elementos atemporales se narra la historia de la medicina y el saber, relato de hombres que cumplen hazañas y de “climas intelectuales” que marcan períodos. Para Laín Entralgo, por ejemplo, la obra de Freud consiste en considerar al enfermo como individuo racional, libre e íntimo; en una palabra: como persona. Gracias a la obra de Freud, expresa, la patología de occidente ha comenzado a ser antropológica (8). Así, clínica como patológicamente, el enfermo ha llegado a ser considerado como persona (9).

Laín Entralgo explica de la siguiente manera las causas en cuya virtud la obra de Freud llegó a ser real y operante: para comprender la génesis del psicoanálisis conviene, pues, distinguir—aparte del genio de su autor y la genérica realidad de la psicología humana—cuatro momentos condicionantes (10):

a) El primero es de orden histórico-social. La obra de Freud nace en una sociedad en íntima crisis, aun cuando todavía guardase celosamente sus "formas". La partición de la existencia individual en dos recintos mal comunicados: una vida íntima, atendida casi exclusivamente al principio del placer, y una vida pública, regida por las pacatas convenciones sociales del mundo burgués. De ahí la peculiar configuración represiva de las neurosis que Freud comenzó a estudiar.

b) Un momento histórico-espiritual, relativo a la situación intelectual y estimativa del espíritu humano ante los diversos problemas que la realidad, incluida la suya, le plantea. Comienza Freud su análisis de la neurosis cuando Nietzsche, Dilthey, Bergson y Driesch acaban de descubrir el tema de la vida, y cuando Ibsen, Maeterlinck y D'Annunzio dan al vivir espontáneo y desligado figuración dramática y expresión literaria.

c) Un momento histórico-médico. Los psiquiatras iniciaban por entonces su empeño de analizar científicamente la vida psíquica de los enfermos mentales.

d) Un momento personal caracterizado por su situación despegada y distante respecto de la sociedad en donde vivía. La distancia intelectual y afectiva entre él y su mundo social, esta sutil tensión polémica de su ánimo frente a la compacta mayoría que le rodea, le harán implacable en la descripción y en la interpretación represiva y libidinosa de la neurosis, signo y espejo de la íntima falsedad y del *peccatum historicum* en que la sociedad burguesa había comenzado a vivir.

La primacía que Laín Entralgo da al "clima intelectual" lo ha llevado a periodizar la historia de la medicina tomando en cuenta los elementos ideológicos o culturales dominantes. Así, divide la medicina moderna en: renacimiento y barroco, ilustración y romanticismo, positivismo y, medicina actual (11). La medicina actual estaría determinada por la presión coincidente e inarmónica de tres exigencias ineludibles: la tecnificación, la socialización y la hominización de la medicina. Laín Entralgo no puede responder sobre el futuro de la medicina psicosomática frente a estas pugnas de instancias e imperativos, porque no considera las leyes del desarrollo de la sociedad, y por eso sostiene que quienes pueden hacerlo son aquellos que, "haciéndola y ordenándola, van decidiendo cómo ha de ser" (12).

Los modos o metas propuestas por Laín Entralgo son acentuaciones de uno o más puntos de vista, similar al tipo ideal de Weber. El problema surge cuando se pregunta cómo se construyen estos modos, metas u orientaciones valorativas. ¿Cómo decide el investigador cuáles metas o modos son esenciales o no esenciales, significativos o insignificantes? La respuesta a estas preguntas nos lleva a considerar el enfoque gnoseológico de los neokantianos. La metodología utilizada por Laín Entralgo nace de la teoría del conocimiento idealista de Kant y, en particular, del neokantismo. Filosóficamente el neokantismo es antimaterialista, siendo argumen-

to básico que la realidad humana o la experiencia (el mundo de los fenómenos de Kant) es simple apariencia, fluida, constantemente cambiando y así, por definición, incapaz de proveer la guía hacia la verdad. Además, para el neokantismo existe una dualidad de hechos y valores. Así, las ciencias sociales nunca podrían evaluar fines sino solamente hacer explícitas aquellas ideas que sustentan los fines en sí mismos: una de las más importantes tareas de las ciencias de la vida cultural es lograr una comprensión racional de esas ideas por las cuales el hombre lucha.

En la posición de los neokantianos, no se analizan las bases sociales de los valores y de metas. Estos valores simplemente existen y como tales son irreducibles a intereses particulares.

La insuficiencia de la corriente neokantiana para explicar el origen de las metas o modos se debe a su posición idealista pero, por otra parte, la contribución de esta corriente en el análisis de los climas intelectuales de ciertas épocas históricas, puede ser recuperada si se la articula con las bases sociales que generan las ideas evaluativas dominantes de un período determinado histórico.

La corriente neokantiana adquiere, en los Estados Unidos, un cierto desarrollo en las ciencias sociales a principios del decenio de 1970. La escuela de fenomenología norteamericana en ciencias sociales se afilia a la corriente filosófica neokantiana fundada por Edmund Husserl (1859-1938) y se apoya en las contribuciones de Alfred Schutz (1899-1959). El aporte de la escuela fenomenológica en las ciencias sociales aplicadas a salud será tratado con mayor detalle en el capítulo sobre la actual lucha teórica en el campo de la salud.

La corriente neopositivista

El neopositivismo, o positivismo moderno, interpreta los fenómenos sociales negando la existencia de leyes generales objetivas del desarrollo social y reduciendo la ciencia de la sociedad a la descripción de acontecimientos determinados. El positivismo contemporáneo intenta reducir la filosofía a la aplicación de métodos de la lógica formal negándole su carácter de tipo especial, independiente, de pensamiento teórico.

El funcionalismo sociológico, predominante en el mundo académico norteamericano, se ubica dentro de la corriente neopositivista, aunque incorpora ciertas categorías de la sociología neokantiana (13). Los conceptos fundamentales del funcionalismo sociológico son los siguientes (14):

a) Las sociedades son totalidades. La totalidad social se expresa en el concepto de sistema social, el que se define como un conjunto de elementos interrelaciona-

dos, interdependientes, que contribuyen a la integración del sistema. La definición de sistema social no considera a la causalidad como uno de los determinantes sociales.

b) La integración de todas las partes—o subsistemas— aunque nunca perfecta, crea, sin embargo, un estado de equilibrio. La tendencia general es hacia la estabilidad e inercia, produciéndose ajustes relativos tanto a las influencias internas como a las influencias externas y, por consiguiente, los mecanismos de control social desempeñan un papel crucial.

c) La desviación y la tensión existen como elementos “disfuncionales” que tienden a ser institucionalizados o resueltos de modo que la integración es la tendencia dominante del sistema social.

d) El cambio social no es revolucionario sino adaptable y gradual; si hay un cambio rápido este ocurre al nivel de la “superestructura” de la sociedad dejando sin cambio la estructura básica institucional. Los cambios provendrían fundamentalmente de factores externos, a través de la diferenciación estructural y funcional y mediante innovaciones e invenciones de individuos y de grupos.

e) La integración social se logra a través de un consenso valorativo, de orientaciones cognoscitivas compartidas, es decir, una serie de principios ampliamente difundidos que legitiman la estructura política, social y económica existente.

Talcott Parsons (15) es el autor más sobresaliente de esta corriente en las ciencias sociales y, por otra parte, quien ha aplicado la teoría funcionalista a la explicación de la medicina y de la enfermedad. Para él “la práctica médica se orienta a superar las alteraciones de la salud del individuo, es decir, la enfermedad” (16). Considerada la práctica médica como un “mecanismo” del sistema social para enfrentarse con las enfermedades de sus miembros, el punto de partida para su definición es, por consiguiente, el análisis de la enfermedad. La enfermedad es definida por Parsons como “un estado de perturbación en el funcionamiento normal del individuo humano total, comprendiendo el estado del organismo como sistema biológico y el estado de su ajustamiento personal y social” (17). La enfermedad se define, pues, en parte biológicamente y en parte socialmente. La enfermedad no sería un peligro “externo” sino una parte integral del equilibrio social mismo, y se la considera como un modo de respuesta a las presiones sociales para, entre otras cosas, eludir responsabilidades.

Según Parsons, la enfermedad tiene que ser definida en uno de sus aspectos principales como una forma de conducta desviada, siendo el papel del enfermo la forma como la sociedad institucionaliza esta desviación (18); en consecuencia, el papel de la medicina se articula con el papel del enfermo, como un mecanismo de control social. El papel del enfermo y el papel del médico encajan en una forma armónica gracias a una

serie de orientaciones valorativas, compartidas, que posibilitan y evitan el conflicto.

La crítica hecha al funcionalismo sociológico se refiere a sus bases gnoseológicas, a los conceptos centrales de su teoría sociológica y, en su análisis de la medicina, a sus limitaciones para explicar en este campo los fenómenos de cambio y de conflicto.

El positivismo no reconoce la existencia de leyes científicas referidas a la esencia de los fenómenos y se limita al simple nivel de las relaciones entre fenómenos. La causalidad es considerada, por esta corriente, como una construcción de la mente humana y no como una de las formas de la determinación de los fenómenos mismos. Para el positivismo, además, la metodología de las ciencias naturales y de las ciencias sociales sería idéntica, debido a que estima que las leyes que rigen los fenómenos sociales son, al igual que las de los fenómenos naturales, atemporales, invariables e independientes de la voluntad.

Los conceptos centrales del funcionalismo sociológico son consecuentes con la posición filosófica del positivismo. El concepto central de "sistema social" y los que de él se derivan—tales como integración, adaptación y marginalidad—implican que la sociedad tiende, naturalmente, a mantenerse en su estado de equilibrio inicial. En el análisis funcionalista se hace uso frecuente de la "interdependencia" como forma de determinación y se trata de disminuir la importancia de la causalidad en la explicación de los fenómenos. La teoría social en los trabajos de Comte, Durkheim y Parsons no ha ignorado el cambio y el conflicto pero su análisis es insatisfactorio porque pone el acento sobre los fenómenos de integración y de estabilidad.

El hecho de que el funcionalismo considere la medicina como determinada teleológicamente, es decir, por su finalidad de curar y prevenir la enfermedad, imposibilita percibir otras determinaciones provenientes de la totalidad social o de algunas de sus instancias. Más aún, al estimar la enfermedad como motivada, reduce el análisis de la medicina al nivel individual, psicológico, y, por lo tanto, la práctica médica es percibida como dirigida a controlar estas desviaciones individuales. Este tipo de análisis oculta los conflictos existentes en la sociedad y la forma como la medicina interviene para preservar los intereses de los grupos dominantes. Del mismo modo, imposibilita la introducción, en el análisis, del papel que desempeñan los grupos o las clases sociales en la práctica médica. Tales limitaciones son importantes si se tiene en cuenta que la existencia de diferentes tipos de prácticas médicas, según los grupos o las clases sociales a los cuales van destinados, en un tiempo y un espacio social dados, destru-

yen el mito de una medicina abstracta y general. La diversidad de la práctica médica no se produciría por la sola existencia de patologías diferentes en cada grupo sino que estaría ligada al interés que tienen, para la clase dominante, los grupos destinatarios de dicha práctica. Así, por ejemplo, la medicina "oficial" dirigida a los obreros en una sociedad capitalista intenta mantener y recuperar la fuerza de trabajo como una forma de aumentar la plusvalía relativa mientras que, cuando se dirige a la mano de obra marginal, le interesa el consumo médico sin importarle la recuperación de la fuerza de trabajo.

Las corrientes materialistas

El materialismo es la corriente filosófica que reconoce el carácter primario de la materia, la naturaleza, la realidad objetiva y que considera la conciencia como una propiedad de la materia. Se distinguen dos etapas en la historia del materialismo: la premarxista y la marxista.

La escuela marxista. La teoría marxista está formada por una teoría científica de la historia o materialismo histórico y por la teoría filosófica: el materialismo dialéctico. El materialismo dialéctico estudia la relación existente entre el pensamiento y el ser y responde a las preguntas sobre qué es el mundo, en general, y cuáles son las leyes universales del movimiento y del desarrollo que rigen en él (19).

La filosofía marxista es materialista porque a la pregunta sobre cuál relación existe entre los fenómenos materiales y los espirituales responde que la conciencia es una propiedad de la materia. El marxismo es dialéctico porque considera los objetos y los fenómenos en proceso de desarrollo y cambio. El materialismo dialéctico afirma la posibilidad de conocer objetivamente la esencia de los objetos del mundo exterior, oponiéndose a todas las formas de agnosticismo, tales como el positivismo y el kantismo.

El materialismo histórico tiene como objeto de estudio la sociedad y las leyes generales del desarrollo de la misma. Es materialista porque sostiene que la producción material es la base sobre la que se erige el modo de vivir de los hombres, lo que determina toda la vida de la sociedad. El materialismo histórico atribuye carácter histórico a los fenómenos sociales, considerándolos susceptibles de ser transformados por la acción de los hombres, diferenciándose, por tanto, del funcionalismo que considera los fenómenos sociales como ahistóricos. Los principales conceptos del materialismo histórico, que permiten el estudio de sociedades concretas, han sido sumariados por Marx en la siguiente forma:

“En la producción social de su vida, los hombres entran en determinadas relaciones necesarias e independientes de sus voluntades, *relaciones de producción* que corresponden a una determinada fase de desarrollo de sus *fuerzas productivas materiales*. El conjunto de estas relaciones de producción constituye *la estructura económica* de la sociedad, que tiene una base real sobre la cual se edifica una superestructura jurídica y política y a la cual corresponden determinadas *formas sociales de conciencia*. . . El modo de producción de la vida material, condiciona, por lo tanto, en general el proceso de la vida social, política y espiritual” (20).

Para el marxismo, el estudio de la medicina—definida como un conjunto de prácticas y saberes específicos—debe realizarse en su relación con la totalidad social y con cada una de las instancias que la integran y que consisten en: una *estructura económica*, compuesta de fuerzas productivas y relaciones de producción, y una *superestructura* que comprende una instancia jurídico-política y una ideológica.

Un número creciente de autores incluye en el estudio del campo de la salud, de manera dialéctica, las fuerzas productivas y las relaciones de producción. Sin embargo, es posible reconocer, en el seno de la corriente marxista, diversas tendencias y posiciones, entre estas una que da mayor énfasis al desarrollo de las fuerzas productivas y otra que da una mayor importancia a la vinculación de la medicina con las relaciones de producción. La absolutización de uno de los términos de la unidad dialéctica “fuerzas productivas-relaciones de producción” lleva a diferentes explicaciones y estrategias en el campo de la salud.

El énfasis en las fuerzas productivas. Esta corriente se caracteriza por dar una primacía al desarrollo de las fuerzas productivas en el proceso económico. El otro componente de la estructura económica, las relaciones de producción, es considerado como la envoltura que cubre las fuerzas productivas. Así, el desarrollo de las fuerzas productivas puede hacerlas entrar en contradicción con las relaciones de producción existentes, contradicción que se resolvería mediante un cambio en las relaciones de producción. Si bien para algunos autores este cambio se produciría casi automáticamente cuando las fuerzas productivas llegan a un cierto grado de desarrollo, para la gran mayoría de autores, sin embargo, este desarrollo solo marcaría la oportunidad para mayores posibilidades de transformación.

En estos autores es frecuente el uso de conceptos como “progreso” y “resistencia”. Así, estudian los “progresos” de la medicina ligándola al desarrollo de la ciencia y, en cuanto al estatuto de la ciencia, afirman que la misma es por su naturaleza una fuerza inmediatamente productiva. La “resistencia” al progreso provendría, en determinados momentos, de los

intereses de la clase dominante, aunque en otras ocasiones estas mismas clases aceleran este progreso. Del mismo modo, el Estado intervendría en el desarrollo de las fuerzas productivas, para impulsarlo en algunos momentos históricos o para frenarlo, en otros.

Con respecto a la relación hombre-naturaleza, esta corriente sostiene que la realidad natural es independiente del hombre por su origen y por su estatuto objetivo e intenta dar a este concepto una fundamentación ontológica-epistemológica. Esta posición es consonante con la que actualmente se denomina "ecológica", de respeto al equilibrio fundamental del mundo físico y biológico.

Esta corriente, en su aplicación al campo médico, ha tenido su más importante desarrollo durante los decenios de 1930 y 1940 en los Estados Unidos de América. Autores como Sigerist, Milton Terry y, especialmente, Bernhard Stern son sus representantes más conocidos (21).

Para este grupo de autores, la relación de la medicina en la sociedad se establece mediante el lazo de la medicina con el desarrollo de las fuerzas productivas. Stern expresa esta idea de la siguiente manera:

"...la medicina, como ciencia y como profesión, está vinculada inextricablemente con el proceso social y el desarrollo científico en otros campos. El método tradicional de estudio de la medicina como disciplina única, generalmente ha adulterado la realidad ignorando la relación esencial e importante de la medicina con las condiciones socioeconómicas, las actitudes sociales predominantes y otras disciplinas científicas" (22).

La medicina y las fuerzas productivas se influyen mutuamente: el desarrollo de las fuerzas productivas afecta el progreso médico y el adelanto de la medicina impulsa las fuerzas productivas.

Según Stern, en la historia de la medicina han existido dos tradiciones paralelas e independientes: la secular-científica y la mágica-religiosa. El triunfo de la medicina secular y científica se obtiene a través de un lento proceso a medida que desarrolla un mayor conocimiento y un control efectivo de los factores comprometidos en la causa y curación de las enfermedades. Las ideas mágico-religiosas, productos de la ignorancia y de las relaciones de clase, constituyen barreras para el progreso médico. Stern explica de la siguiente forma el desprecio que los sacerdotes en los templos griegos sentían por los médicos que practicaban fuera de los mismos:

"Este menosprecio se basaba indudablemente en gran parte en el prejuicio aristocrático contra el trabajo práctico que entrañaba el uso de las manos y los músculos. Tal prejuicio fue consecuencia característica de la estructura de clase del mundo antiguo, que se basaba en la esclavitud. Las ciencias médicas progre-

saron hasta el grado en que no se menospreció el trabajo con las manos. En efecto, al parecer las fuentes importantes de adelanto en la medicina griega se han derivado del trabajo de los directores de gimnasia; su experiencia adquirida con fracturas y dislocaciones fijó el nivel elevado de las prácticas quirúrgicas del grupo hipocrático” (23).

La relación de la medicina con las fuerzas productivas, propuesta por Stern, se basa en la concepción que tiene este autor de las relaciones del hombre con la naturaleza y la producción cultural:

“El hombre posee capacidades psicológicas peculiares al *homo sapiens* que le permiten responder a los estímulos ambientales tanto abiertamente como de manera simbólica. Capaz de ser movido por finalidades y de ser estimulado por necesidades naturales e intereses adquiridos, introduce modificaciones en las situaciones históricas en su esfuerzo por dominar y manejar el ambiente en su provecho. Este provecho recíproco de interacción entre la cultura y las relaciones individuales y colectivas, da por resultado el remodelamiento creador de la cultura y la consiguiente transformación de los patrones individuales y colectivos.

“El modo de producción determina también en gran medida el tipo de descubrimiento e inventos hechos por una sociedad. La concentración de la atención sobre una tarea económica específica conduce a nuevos progresos en ese terreno, aunque no determina la forma específica o concreta de esos progresos” (24).

El desarrollo de la ciencia—para Stern—también se halla controlado y dirigido por su medio económico y da como ejemplo para esta relación un estudio realizado por Farrington sobre la relación que existe entre la filosofía griega y los cambios socioeconómicos:

“La filosofía milesiana. . . surgió en el curso de un gran auge del progreso económico y político, y su carácter esencial, como demostraré, consistía en que aplicaba ideas derivadas de las técnicas de producción a la interpretación de los fenómenos del universo. . .” (25).

El mismo Stern pone un ejemplo médico para apoyar su tesis:

“El interés predominante en la mecánica de la bomba para las obras hidráulicas y el drenaje de las minas, llevó a Harvey a comparar el corazón con una bomba y a explicar la circulación de la sangre en términos de su funcionamiento” (26).

El pasaje de un modo de producción a otro también se explica en términos del desarrollo de las fuerzas productivas. Expresa Stern:

“El paso de la producción de alimentos suficientes para la comunidad a una economía basada, además, en la manufactura especializada y en el comercio con

el exterior, promovió un notable incremento en la densidad de la población. La organización social se hizo cada vez más compleja y aumentó el número de esclavos” (27).

Esta posición que pone el acento sobre las fuerzas productivas ha sido calificada por algunos autores como “evolucionista” y “positivista”.

Según Stern, la declinación de la mortalidad y de la morbilidad no se debe solamente a la acción médica, ya que a ella contribuye, también, el desarrollo de las fuerzas productivas:

“La disminución de la malnutrición se asocia con una dieta mejor y más variada disponible después de la revolución agrícola” (28).

Epidemiólogos que comparten este punto de vista han reconocido que la mortalidad debida a una serie de enfermedades ha disminuido aún antes de la aplicación de medidas médicas efectivas.

Stern y otros autores, aceptando la concepción general de que históricamente existe un mejoramiento de los niveles de salud, se concentran en el estudio de los determinantes de la desigual distribución de la morbimortalidad. En el capitalismo se da un alza de los niveles de salud si se compara con los modos de producción precapitalistas, existiendo la posibilidad de un mejoramiento relativo para las clases sociales dominadas. Sin embargo, las relaciones de producción capitalistas son las que están impidiendo un mejoramiento de la salud homogéneo para todas las clases sociales pues no permiten una distribución igualitaria del excedente (29). Esta contradicción se ha de resolver con el cambio de las relaciones de producción, que permitirá una distribución según necesidades y, por consiguiente, una homogenización del estado de salud al nivel alcanzado por las clases dominantes en el modo de producción superado.

La medicina, a su vez, tiene un impacto sobre las fuerzas productivas. Dice Stern:

“La influencia que ha ejercido la profesión médica en la sociedad y en el cambio social ha sido enorme. Su función directa ha sido salvar vidas, prevenir y curar enfermedades y mitigar el dolor . . . el control de las epidemias ha transformado todos los aspectos de la vida social e industrial del hombre de una manera significativa que merece consideración. El progreso de la medicina como ciencia ha contribuido asimismo al adelanto de otras ciencias” (30).

Una de las características de esta corriente de pensamiento es el optimismo con que mira el cambio de la sociedad hacia formas nuevas más justas. No es de extrañar que esta posición relativa a la medicina coincida

con la posición economicista de la III Internacional que predecía una catástrofe económica del capitalismo y el advenimiento de una nueva sociedad. “El economicismo—según Poulantzas—consiste, en primer lugar, en privilegiar las “fuerzas productivas” a expensas de las relaciones de producción; lo cual se acompaña, en segundo lugar, de una concepción economista-técnicista del proceso de producción y de las “fuerzas productivas”, consideradas en cierto modo como independientes de las relaciones de producción. Se llega así, y este es el nudo del problema, a no poder localizar exactamente la articulación del proceso de producción y del campo de la lucha de clases. La lucha de clases se escamotea, en el sentido de que se reduce a un “proceso económico” de factura mecanicista, al cual se atribuye la primacía en el “desarrollo histórico” (31). Los estudios históricos de Sigerist y de Stern son buenos ejemplos de la importancia que se da al “tecnicismo” y al papel que desempeñan el médico, la medicina y los instrumentos en el progreso social. Dice Stern:

“La profesión médica le debe mucho a los instrumentos que facilitan el diagnóstico, y esta deuda ha aumentado en los últimos años” (32).

La primacía de las relaciones de producción. Un grupo variado de marxistas dan primacía a las relaciones de producción sobre las fuerzas productivas. Para Adorno, por ejemplo, en la sociedad industrial contemporánea estaría superada la hipótesis de Marx respecto a la potencialidad explosiva y revolucionaria insita en las fuerzas productivas (33), ya que las actuales relaciones de producción habrían llegado a ser la esencia del proceso en su totalidad y habrían domesticado el desarrollo de las fuerzas productivas (34). Para autores como Korsch, en la clásica dialéctica entre fuerzas productivas y relaciones de producción, estas son interpretadas como variantes terminológicas de un conflicto reducible al solo nivel de las relaciones de producción (34).

Estos autores derivan su inspiración de Hegel y de las proposiciones del joven Marx y del joven Engels y más recientemente de Luckás y de autores como Adorno, Habermas, Marcuse y otros pertenecientes a la Escuela de Frankfurt. Esta corriente da gran importancia a la instancia ideológica, a la conciencia, a la legitimidad, y al papel mediador de las instituciones y de las ideas y, con respecto a la relación hombre-naturaleza, acentúa la dependencia que tiene la realidad natural de la sociedad.

La ciencia para esta corriente ha sido siempre o, al menos, lo es hoy día, una función de las *relaciones sociales* en cuanto instrumento de dominio de clase. La neutralidad de la ciencia es falsa no solo por el campo que se le adjudica, los medios y el financiamiento que se le otorga sino también

porque se ha convertido en un instrumento irremediablemente dócil a los propósitos del sistema capitalista. En esta concepción hay un intento de asimilar el concepto de ciencia con el concepto de trabajo.

Autores pertenecientes a esta corriente comenzaron a estudiar la relación de la medicina con la sociedad a fines del decenio de 1960 y especialmente a partir del movimiento de mayo de 1968 en Francia. Uno de los representantes más conocidos de esta corriente es Polack (35), quien si bien entrelaza diferentes tendencias, se le puede catalogar, en lo esencial, dentro del llamado “marxismo occidental”, según se aprecia en su libro *La medicina del capital* (36).

Polack sostiene que la medicina estaría determinada por la totalidad social y que, por lo tanto, esta cambiaría su discurso y su práctica dependiendo de la instancia que, en un determinado momento, sea predominante en esa totalidad. El autor ataca el “economicismo” diciendo:

“Nada sería más simplista que trazar las líneas que, ligando el discurso de la medicina a las situaciones económicas, compondrían una estructura compartimentada de determinaciones unívocas, en donde el lenguaje médico representaría el último término y la superficie. Es un método muy diferente el que posibilita la fecundidad del análisis estructuralista cuando hace de su signo y de sus vicisitudes, el soporte universal de un conjunto, en donde cada elemento puede jugar, en su momento, el papel principal” (36).

Siendo las relaciones de producción el elemento dinámico y esencial de la totalidad social, la medicina es determinada en última instancia por la lucha de clases. Así, Polack interpreta el estatuto de la medicina en varios “momentos” históricos:

“La hipótesis de una interdependencia entre el estatuto de la medicina y las manifestaciones políticas, producidas por el ascenso de la burguesía francesa frente a los grilletes del feudalismo y las exigencias del campesinado abrumado, parece plausible. En lo concerniente a la medicina del mundo occidental, las diferentes clases sociales han debido modelar a su provecho el cuerpo constituido de un saber hegemónico, desvinculado así progresivamente—en su verdad universal—de las diversas prácticas terapéuticas que lo sostenían. Está claro que la sociedad ateniense refleja en el cuerpo la estratificación social que lo constituye” (37).

Según Polack, en el capitalismo la medicina que se dirige a los trabajadores está destinada a elevar su nivel económico o a contribuir a su mantenimiento en el marco de una *reproducción*. Esta articulación con la fuerza de trabajo podría ser interpretada en un sentido economicista. Sin embargo, en este contexto el concepto de fuerza de trabajo es reducido al con-

cepto de clase proletaria, energía proletaria. En el concepto de fuerza de trabajo convergen dos conceptos: fuerza de trabajo como la fuerza productiva fundamental y la fuerza de trabajo como componente de una determinada relación social (proletariado/burguesía). Para Polack el concepto de fuerza de trabajo se sumerge en el de relaciones de producción:

“La medicina no pretende invadir la soberanía de los marcos de organización económicos, sino solamente definir las incidencias de un cierto nivel de productividad, ocupándose de las fuerzas productivas, es decir de la energía proletaria. La medicina permite y favorece la no utilización de bienes colectivos preventivos, para saciar así la oleada de consumidores individuales de ‘objetos de salud’ (pastas dentífricas milagrosas, vitaminas salvadoras, afrodisiacos y corta-hambre, estimulantes y tranquilizantes, revistas médicas, masajes, sauna, aparatos ultravioleta, etc.) La medicina, al ser la responsable ideológica de esta no utilización, fortalece la ecuación que vincula la curación con el acto de consumo, es decir, con la compra de un producto y concentra su estrategia en el campo cerrado del ‘coloquio singular’ de la relación ‘médico-enfermo’, núcleo estructural del intercambio terapéutico, mediatizado por los ‘cuidados’ y el dinero, la prescripción y los honorarios” (38).

La medicina en el modo de producción capitalista es para Polack “la medicina del capital”. Una medicina al servicio del pueblo y, por lo tanto, científica solo puede darse con la desaparición del capitalismo:

“La prevención supone un volteo de las finalidades sociales de la producción; el mercado capitalista impone a la medicina el camino de una economía de la muerte. La utilización íntegra de los conocimientos médicos en una práctica terapéutica desalienada requiere la muerte de esta economía de la explotación” (39).

Esta posición es considerada como extremista y discutida por otros autores. Nos estamos refiriendo a quienes continúan el pensamiento de Gramsci. Así, Berlinguer expresa lo siguiente de la posición de Polack:

“Polack solamente asevera que la imposibilidad de una política de prevención es inherente a la ley de producción capitalista, sin comprender que esta afirmación (precisamente debido a que es válida sustancialmente) implica asimismo lo contrario: una política de prevención es esencial como medio de la lucha contra la ley de producción capitalista, para el establecimiento de relaciones sociales que restituyan un sentido de pertenencia en el individuo” (40).

El *estructuralismo* aparece en los últimos decenios y en una serie de ciencias humanísticas como una orientación metodológica importante, especialmente dentro de la corriente marxista. El estructuralismo destaca a un primer plano el análisis de la estructura del objeto investigado y “ha per-

mitido plantear y solucionar importantes problemas relativos a la creación de un sistema general de métodos para el conocimiento científico-natural y social'' (41). Sin embargo, algunos de sus representantes absolutizan el método e intentan elevarlo a la categoría de una concepción filosófica. Michel Foucault es uno de los autores más importantes de este enfoque absolutizador y ha tomado la medicina como uno de sus objetos de estudio (42). Lecourt expresa que Foucault utiliza palabras ya que no tiene respuesta a sus propias preguntas sobre la relación entre la infraestructura y la ideología y esto es así porque a la "arqueología" le falta un punto de vista de clase y olvida las respuestas dadas por el materialismo histórico (43).

El materialismo histórico considera como particulares los métodos estructurales, subordinados al método dialéctico general (44). La aplicación del estructuralismo al estudio de la medicina ha revelado sus limitaciones y mostrado la necesidad de conjugarlos con otros métodos de investigación.

LA LUCHA TEORICA ACTUAL EN EL CAMPO DE LA SALUD

Las corrientes de pensamiento descritas anteriormente (neopositivismo, neokantismo y marxismo) se encuentran, en la actualidad, en una aguda lucha con respecto a la explicación de los fenómenos en el campo de la salud. La variedad de teorías sobre la medicina refleja la dificultad del pensamiento en describir y expresar el carácter contradictorio de los fenómenos y estamos asistiendo a una lucha entre escuelas de pensamiento que tratan de explicar la relación de la medicina con la estructura social; la efectividad de la acción médica, los determinantes sociales de la enfermedad.

En el período anterior a los años 70, la concepción dominante de la autonomía de la medicina, de su efectividad, del poder de transformación social de las instituciones médicas y del efecto positivo sobre la salud del desarrollo económico, estaba avalada por el predominio del positivismo entre las corrientes del pensamiento médico. Aun los que se definían como marxistas acentuaban el papel progresista de la ciencia y del desarrollo de las fuerzas productivas en el capitalismo. Así, Henry F. Sigerist expresaba en 1943 "la civilización lucha contra la enfermedad en muchas formas, pero la medicina es su arma más poderosa" (45).

La concepción de que la medicina tenía una amplia autonomía y estaba al mismo nivel que otros subsistemas sociales tales como el económico, el

político, el educacional, suponía la posibilidad de transformar la sociedad comenzando por cualesquiera de estos "sectores". Así, en dicha teoría se postulaban relaciones circulares entre enfermedad y pobreza y se sostenía la posibilidad de romper este círculo vicioso actuando sobre la enfermedad con el fin de lograr el desarrollo económico.

El enorme crecimiento de las fuerzas productivas que se produce en los países capitalistas desarrollados en el decenio de 1950 y, especialmente, en el de 1960 topa a fines de este último decenio con las relaciones sociales de producción existentes, produciéndose una serie de cuestionamientos en la sociedad civil sobre los fines del desarrollo económico y los logros de la ciencia en relación con la desigualdad en la distribución de la riqueza. Así, por ejemplo, se critica la política exterior represiva y los gastos que implica, considerando la falta de atención prestada a los problemas domésticos. Surgen en este período una serie de movimientos sociales reivindicativos que reclaman su participación en la riqueza de la Gran Sociedad y que anteceden a la crisis económica del capitalismo que se inicia en el decenio de 1970. En el campo intelectual prosperan durante estos años las críticas al "cientificismo", es decir, a la concepción positivista de una ciencia universal, empírica, atemporal y libre de valores. El positivismo no planteaba problemas éticos en la investigación científica ya que la ciencia, según esta corriente, nos dice como deberíamos comportarnos, concluyendo que los resultados de cualquier investigación serán de beneficio para la humanidad. En el sector salud, en este período se señalan los efectos negativos de la medicalización (46), se resalta el carácter ideológico y reproductor de las instituciones médicas y se propone la desmedicalización de la sociedad (47). En el terreno de la práctica médica surgen programas alternativos de autocuidado de la salud, atención primaria realizada por personal no profesional, revitalización de la medicina tradicional, tecnología apropiada, etc. La mayoría de estas experiencias y los principios sobre los que se sustentan fueron "apropiados" por el Estado de la mayoría de los países de la América Latina en el decenio de 1970, al mismo tiempo que se reducían, en forma relativa y absoluta, los presupuestos estatales para el área social. Este fenómeno "coincide" con la crisis fiscal del Estado, caracterizada por un aumento de los gastos en relación con las entradas y que "obliga" a la reducción de los gastos sociales en búsqueda de un presupuesto equilibrado. Así, frente a las crecientes necesidades de la población, resultantes de la crisis económica del capitalismo, se estimula la adopción de las alternativas "baratas" que habían surgido a fines del decenio de 1960 y comienzos del de 1970.

La "apropiación" por parte del Estado de las alternativas surgidas de

la crítica a las instituciones médicas y el reconocimiento creciente del fracaso de estas medidas han revitalizado la discusión teórica sobre la articulación del campo de la salud en la sociedad. Así, las dos corrientes, la fenomenología y el marxismo, que habían contribuido a criticar el positivismo a fines de los 60 y que habían coincidido en algunas proposiciones al nivel de la práctica y del saber se han ido distanciando y enfrentando durante los últimos años. Esta lucha teórica tiene profundas implicaciones para el esclarecimiento y transformación del marco teórico que algunos autores habían elaborado en América Latina a comienzos de los 70 para el campo de la salud.

DE UNA POSICION RADICAL A UNA REACCIONARIA

En el campo de la salud, a fines de los 60 y comienzos de los 70 varios plantean el carácter ideológico del saber médico (48), y en cuanto a la práctica médica, sostienen que:

- a) la atención médica no es la causa del mejoramiento de la salud de las poblaciones (49),
- b) la práctica médica es iatrogénica, es decir, es peligrosa para la salud (50),
- c) la práctica médica incrementa su campo de actividad al definir un mayor número de condiciones humanas como enfermedad, proceso que designan como medicalización (51),
- d) el profesionalismo constituía muy a menudo una defensa de privilegios ocupacionales y de clase en lugar de un mecanismo para mantener altos niveles de atención (52).

Finalmente, en el conocimiento epidemiológico se postulaba que el proceso de cambio en una comunidad que pasa de la agricultura a la industria o el cambio de un ambiente rural a uno urbano está asociado con cambios negativos en el nivel de salud (53).

Las posiciones expresadas anteriormente se dirigían a contradecir las concepciones centrales sostenidas por el positivismo y sus autores variaban en su concepción teórica. Predominaba, sin embargo, un cierto "eclecticismo teórico" que pasa a denominarse como "radical" debido al carácter de muchas de sus proposiciones.

A fines del decenio de 1970 se comienza a perfilar nítidamente dentro del movimiento "radical" una corriente fenomenológica. Los fenomenólogos atacaban, a diferencia de los marxistas, el carácter objetivo de la ciencia reduciendo este conocimiento a una experiencia subjetiva y arbitraria de los grupos dominantes. Así, para Kurt Wolff, "las grandes in-

venciones de la ciencia y la tecnología nos han inducido a usarlas. . . para controlar, manipular, explotar a nosotros mismos y a todos los demás” (54). Los fenomenólogos no diferencian la actividad cognoscitiva en la ciencia de la que se realiza en el proceso empírico-espontáneo del conocimiento.

La posición de la fenomenología frente a la objetividad científica es el resultado de su concepción sobre el origen del conocimiento. La fenomenología es una filosofía neokantiana fundada por Edmund Husserl, quien plantea que los actos sociales envuelven una propiedad que no está presente en otros sectores del universo: la propiedad del significado. Según Husserl el significado solo puede entenderse subjetivamente y rechaza la posibilidad de separar el observador de lo observado. La verdad nunca es un rasgo de las sensaciones de un individuo, siempre se reconocerá en el conocimiento de los miembros de una comunidad (55). Para la fenomenología la verdad es siempre relativa y social, de aquí que considere el conocimiento científico como la experiencia subjetiva de una comunidad de participantes en una cultura dada y, por consiguiente, tan válida y “verdadera” como la experiencia subjetiva del shamanismo, el curanderismo y la meditación trascendental. El reducir y confinar todos los acontecimientos sociales a la experiencia inmediata y al consenso de la comunidad lleva a negar la existencia de los fenómenos estructurales y a concentrarse en la experiencia cotidiana en la cual los individuos se encuentran e interactúan en términos de símbolos arbitrarios y significados convencionales. Es desde esta posición que los fenomenólogos se identifican en los años 70 con los grupos minoritarios, criticando al Estado, a las instituciones médicas, a la ciencia positivista, etc. y adquieren el calificativo de “radical”. Sin embargo, su concepción epistemológica contiene elementos que han de llevarlos a una posición claramente reaccionaria a fines de los 70 y comienzos de los 80.

Los fenomenólogos consideran que la curación está basada en valores, símbolos y sistemas de significados compartidos y que, “desafortunadamente”, esto es exactamente lo que disminuye a medida que la medicina moderna se hace más científica y se aleja de la experiencia de la vida cotidiana (56). Es solo en la vida privada—expresan los autores fenomenólogos—que el individuo experimenta un sólido sentido de identidad y de logro personal y estos son los elementos fundamentales de la curación. Son los grupos pequeños—la familia, los grupos religiosos, las asociaciones voluntarias, el vecindario—quienes dan estabilidad a la esfera privada y ordenan el propio sistema de significado del individuo y lo integran en una comunidad con una visión del mundo compartida. Estos

grupos, que algunos fenomenologistas denominan “estructuras mediadoras”, protegen al individuo de la influencia negativa de las grandes estructuras sociales o megaestructuras (57). Manning y Fábrega, dos autores fenomenologistas, expresan el efecto negativo de las grandes estructuras en la siguiente forma:

“Las instituciones, en la medida que se ramifican en extensión e intensidad en la vida de la gente (pensar en el enorme incremento del poder de la policía, del sistema de bienestar y en las escuelas en los últimos cinco años), ya no pueden solicitar la lealtad de una creciente minoría de sus participantes. Las maquinaciones de las grandes burocracias, distantes, casi imaginarias en su poder, afectan no obstante la vida del hombre moderno en formas sutiles” (58).

Los fenomenólogos, continuando la tradición de Kant, examinan el proceso del conocimiento como una actividad creadora constructiva. Las formas apriorísticas, uniéndose al contenido del conocimiento, garantizan la síntesis de los conocimientos, lo que determina la unidad de la variedad como un rasgo característico del objeto del conocimiento científico (59). Según los fenomenólogos, la forma en que la enfermedad se expresa en diferentes culturas y el conocimiento sobre la misma se origina en la experiencia humana con el cuerpo, la cual puede alterar las unidades cognitivas fundamentales que anclan al individuo en su mundo. Manning y Fábrega (60) expresan:

“Los estudios que prueben significados básicos acerca del cuerpo pueden clarificar no solo lo que es universal y lo que es culturalmente variable acerca de la enfermedad, sino también el papel central que esas nociones entrelazadas tienen en la percepción del hombre en su relación con el ecosistema”.

Mary Douglas, por su parte, indica:

“El cuerpo social limita la forma en que el cuerpo físico es percibido. La experiencia física del cuerpo, siempre modificada por las categorías sociales a través de las cuales es conocida, sostiene una visión particular de la sociedad” (61).

De esta concepción se deriva que las alteraciones del cuerpo producidas por la enfermedad y la forma de tratarlas será percibida en forma común por aquellos grupos que están más cerca del individuo (familia, grupos étnicos, religiosos, etc.).

La contradicción entre el progreso técnico alcanzado por la medicina y sus resultados negativos, entre los que se incluye la desigual distribución de la atención médica, se constituye en objeto de “reflexión” para la fenomenología. Es así como surgen una serie de planteamientos, rela-

cionados entre sí, que intentan llenar el vacío ideológico dejado por el positivismo: a) la necesidad de desarrollar una filosofía de la medicina, b) el resaltar los problemas éticos en la medicina, y c) el establecer la relación entre religión y medicina.

Edmund D. Pellegrino, uno de los proponentes de una *filosofía de la medicina*, expresaba en 1976:

“Hay un interés renovado, tanto en la medicina como en la filosofía, en los problemas fundamentales y recurrentes del propósito, valor, significado y modo de la existencia humana. La medicina claramente no puede entender la realidad total de su sujeto, el hombre, o aprender a usar su conocimiento moralmente si no abandona su sesgo positivista, aun cuando la filosofía ya se ha despedido de su tinte positivista” (62).

Pellegrino llama filosofía, evidentemente, a las corrientes fenomenológicas y existencialistas, y señala algunas de las contribuciones recientes en el campo de la salud: el interés en la filosofía del cuerpo evidenciado en los trabajos de Marcel (63), Merleau-Ponty (64) y Spicker (65); la fundamentación filosófica de la psiquiatría, psicología y percepción en los trabajos de Straus (66), Straus, Natanson y Ey (67) y Grene (68); los trabajos de Engelhardt sobre los conceptos de salud y enfermedad y las bases filosóficas de la ética médica (69); la fusión de la fisiología y la antropología de Buytendijk (70); el análisis del encuentro médico-paciente de Laín Entralgo (71); el estudio de Wartofsky (72) sobre ontología humana y práctica médica, y la serie de trabajos de Zaner (73). Para 1974, según el mismo autor, unas 20 escuelas habían desarrollado programas para integrar la ética, la filosofía y las humanidades en la educación profesional.

A partir de 1968, según Nelson, la literatura sobre *ética médica* ha crecido rápidamente, en especial con el aporte de autores neokantianos:

“Existe un reconocimiento cada vez mayor de que la gente no médica no solo tiene un gran interés en lo que sucede en el laboratorio, el hospital y la clínica, sino que tiene el derecho de ser informada y participar en el proceso de la “reflexión” ética en estos asuntos” (74).

Algunos autores, como Donogan (75), intentan reemplazar el fundamento religioso de lo que denominan una moralidad común por un fundamento kantiano, y lo defienden contra la posición secular utilitaria que consideran dominante en la filosofía académica en los Estados Unidos. Los kantianos concluyen, partiendo de que no existe un conocimiento neutral y objetivo, que aun el conocimiento más imparcial estará teñido con la posibilidad de demandas morales. Para estos autores, cualquier ti-

po de experimentación en el hombre constituye una amenaza a la “dignidad” humana. Consecuencia de este clima intelectual ha sido el establecimiento de comités de ética médica en numerosas instituciones de América Latina y la celebración de numerosas reuniones sobre el tema (76). El neokantismo absolutiza el componente ético de la relación ciencia-moral, mientras el positivismo sostiene que la ciencia orienta el desarrollo de la ética y de la moral. Para el marxismo la ciencia y la ética representan dos formas de la conciencia cuya relación es compleja y contradictoria, rechazando la deificación tanto de la ciencia (cientificismo) como de la moral (moralismo) (77).

El tercer planteamiento que intenta llenar el vacío ideológico dejado por el positivismo es promover *la relación de la religión con la medicina*. Este movimiento es sobresaliente en los Estados Unidos y en América Latina, donde se observa el resurgimiento de la religiosidad. La secularización de la medicina es un fenómeno moderno. Sin embargo, para los autores que postulan una unión estrecha entre medicina y religión “la historia sugiere que esta asociación es normal para los seres humanos. Los sentimientos y las ceremonias religiosas y los religiosos profesionales estarán siempre presentes cuando la gente se encuentre enferma. Estamos en presencia de un fenómeno humanístico amplio, no de un interés exótico presente esporádicamente en la historia de la humanidad” (78). La introducción de estudios de religión en la formación de los profesionales de la salud podría, según sus proponentes, ser útil, entre otras cosas, para humanizar el sistema médico tecnificado en exceso; para ayudar al médico a hacer frente a nuevos tipos de problemas (personal, social, ético, religioso), para el cual la educación tecnológica no prepara adecuadamente; para iniciar la consideración de problemas como la muerte, el aborto, la distribución de recursos limitados entre diferentes necesidades, etc. (79).

Es preciso hacer notar que en los últimos años se han promovido varias formas de prácticas de cuidado de la salud, con el nombre de medicina “holística”, en que subyace el aspecto moral y religioso. Algunos de sus practicantes rechazan la medicina científica en términos religiosos (80); otros consideran estas prácticas como alternativas a la medicina científica (81) y otros como complementarias (82). Según Kipelman y Moskop (83), las diferentes prácticas que se incluyen bajo la medicina “holística” se unifican según las siguientes premisas:

- a) la salud debe ser considerada como la integración del bienestar mental, físico, social y espiritual;
- b) el individuo debe asumir la responsabilidad fundamental de su propia salud o enfermedad;

c) los practicantes de la medicina "holística" están obligados a servir como maestros con el fin de educar y ayudar a la gente a desarrollar aquellas actitudes, disposiciones, creencias, hábitos y prácticas que promuevan su propio bienestar;

d) los sistemas de cuidado de la salud deben ser transformados con el fin de orientarlos al tratamiento de las causas conductuales, sociales y ambientales de la enfermedad, y

e) los servicios de salud a las personas deben concentrarse en la utilización de técnicas naturales (hierbas, alimentos naturales, etc.) para promover el "bienestar".

Tal como lo expresa Lyotard:

"La fenomenología es tan incapaz de aliarse con el materialismo del proletariado revolucionario como con el idealismo del imperialismo barbarizante, quiere abrir una tercera vía y hace objetivamente el juego de sus burguesías, aun cuando subjetivamente la honestidad de algunos de sus pensadores esté por encima de toda sospecha. No es un azar que su ala derecha vaya al fascismo y que su "izquierda" se contradiga ridículamente" (84).

Las consecuencias de las concepciones fenomenológicas sobre las políticas de salud son relativamente claras:

a) disminución del papel del Estado y de las grandes instituciones médicas y su transferencia a los grupos pequeños o informales del sector privado;

b) reconocimiento de la existencia de formas alternativas de expresión, conocimiento y tratamiento de la enfermedad, del papel positivo de las estructuras mediatizadoras en la salud, y apoyo para su desarrollo y crecimiento.

La concepción fenomenológica sirve hoy día de sustento a la política de salud de varios gobiernos de los países capitalistas, entre ellos los Estados Unidos. Esta política congruente con la económica del "supply side" intenta sustituir el "Estado benefactor" mediante la conversión del consumidor de la asistencia médica en proveedor de esta por la vía del autocuidado y de su participación en las estructuras mediatizadoras. El desarrollo económico y social es concebido como determinado por la inversión privada generadora de riqueza y por el aporte voluntario, contribuyente del bienestar social.

Este cuerpo teórico reaccionario elaborado por grupos de intelectuales, como los fenomenólogos que participan en el American Enterprise Institute (85), es propagado en forma simplificada a toda la sociedad. Sin embargo, el hecho de que algunos sectores sostengan en el terreno práctico concepciones que podrían ser consideradas como derivadas de la filosofía fenomenológica, pero sin el conocimiento de su cuerpo doctrinario, no

puede explicarse solamente por un fenómeno de difusión de las ideas elaboradas por un grupo de intelectuales. La explicación debe buscarse, por lo tanto, en la existencia de ciertas categorías generales que reflejan cambios en el mundo material. Así, la participación creciente del Estado en lo económico y social a partir de la Segunda Guerra Mundial y la crisis económica del capitalismo en los años 70, junto con la crisis fiscal del Estado, lleva a centrar la atención de los intelectuales sobre la relación del individuo con el Estado y sus aparatos económicos e ideológicos. La interpretación de esta crisis y las proposiciones para su solución provienen de varios sectores y corrientes. Así, surgen en el campo de la salud conceptos como atención primaria, autocuidado, organización formal e informal, medicina tradicional como alternativa válida a la medicina oficial, participación comunitaria en la atención de la salud, investigación-acción, etc. Todos estos conceptos y proposiciones confluyen con las concepciones fenomenológicas. Las proposiciones así surgidas son tomadas por los grupos dominantes para justificar la reorganización de la economía capitalista y de los aparatos del Estado, incluidos aquellos encargados de la salud.

La relación de la medicina con la estructura social es captada en forma unilateral por la fenomenología. Esta misma unilateralidad se observa en ciertas corrientes que se autodenominan marxistas, especialmente en los Estados Unidos, donde no existe una tradición teórica marxista importante. Si bien uno de estos autores (86) señala las contradicciones existentes entre diferentes tendencias dentro del marxismo, que denomina "crítica de la economía política" y "crítica cultural", no logra superarlas.

La pérdida de hegemonía del neopositivismo y el crecimiento de la producción científica de autores fenomenólogos sobre los aspectos sociales en el campo de la salud deben relacionarse con los cambios económicos y políticos que se observan en el mundo actual. La afirmación hecha por Stern en los años 40 sobre el triunfo de la medicina científica frente a las concepciones religiosas se ve, hoy día, como circunstancial ante la expansión de prácticas médicas pseudocientíficas y de carácter religioso. La agudización de las contradicciones del capitalismo producida por la crisis económica no es ajena al surgimiento de concepciones y práctica irracionales y a una revitalización de la religiosidad en la medicina. Valdría así la pena recordar que en los tiempos de grandes catástrofes físicas o sociales, tal como lo expresa Sigerist (87), prevalece una filosofía mística y la religión y la hechicería saltan a la palestra. Sin embargo, las contradicciones señaladas abren también oportunidades para una producción científica desalienante y comprometida con los grupos dominados.

RESUMEN

El artículo se refiere a las respuestas que dan diferentes corrientes de pensamiento a las preguntas fundamentales sobre el grado de autonomía de la medicina y sobre el tipo de articulación que tiene la medicina con la totalidad social o con sus "partes". Las respuestas a estas preguntas varían de acuerdo con las corrientes existentes en las ciencias sociales y las escuelas filosóficas con las cuales estas se relacionan. El autor divide la exposición en dos grandes capítulos: en el primero, que trata de las corrientes de pensamiento en el campo de la salud, intenta señalar las bases filosóficas sobre las que se sustentan las principales corrientes existentes en este campo, sin pretender hacer una historia de las corrientes filosóficas ni realizar un análisis exhaustivo de cada una de estas. Así, se estudian dos corrientes idealistas que han tenido una gran influencia en el campo de la salud—el neopositivismo y el neokantismo—y el marxismo como la corriente materialista que reconoce el carácter primario de la materia, la naturaleza, la realidad objetiva y que considera la conciencia como una propiedad de la materia.

En el segundo capítulo se analiza la lucha teórica actual entre las escuelas de pensamiento estudiadas en el capítulo anterior, que tratan de explicar la relación de la medicina con la estructura social; la efectividad de la acción médica, y los determinantes sociales de la enfermedad. En el período anterior a los años 70—expresa el autor—la concepción dominante de la autonomía de la medicina, de su efectividad, del poder de transformación social de las instituciones médicas y del efecto positivo sobre la salud del desarrollo económico, estaba avalada por el predominio del positivismo entre las corrientes del pensamiento médico. La concepción de que la medicina tenía una amplia autonomía y estaba al mismo nivel que otros subsistemas, tales como el económico, el político, el educacional, suponía la posibilidad de transformar la sociedad comenzando por cualquiera de estos "sectores".

El enorme crecimiento de las fuerzas productivas que se produce en los países capitalistas desarrollados en el decenio de 1950 y, especialmente, en el de 1960, topa a fines de este último decenio con las relaciones sociales de producción existentes, frenando el progreso de las fuerzas productivas y produciéndose, en consecuencia, una serie de cuestionamientos en la sociedad civil sobre los fines del desarrollo económico y los logros de la ciencia en relación con la desigualdad en la distribución de la riqueza. En el sector salud, prosperan en este período las críticas a la concepción positivista y se señalan los efectos negativos de la medicalización,

se resalta el carácter ideológico y reproductor de las instituciones médicas y se propone la desmedicalización de la sociedad. En el terreno de la práctica médica surgen programas alternativos de autocuidado de la salud, atención primaria realizada por personal no profesional, revitalización de la medicina tradicional, tecnología apropiada, etc.

La "apropiación" por parte del Estado en el decenio de 1970 de las alternativas surgidas de la crítica a las instituciones médicas y el reconocimiento creciente del fracaso de estas medidas han revitalizado la discusión teórica sobre la articulación del campo de la salud en la sociedad. Así, las dos corrientes—la fenomenología y el marxismo—que habían contribuido a criticar el positivismo a fines de los años 60 y que habían coincidido en algunas proposiciones al nivel de la práctica y del saber, se han ido distanciando y enfrentando durante los últimos años. Esta lucha teórica tiene—según el autor—profundas implicaciones para el esclarecimiento y la transformación del marco teórico que se había elaborado en América Latina a comienzos de los años 70 para el campo de la salud.

NOTAS Y REFERENCIAS

- (1) Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid, 1970.
- (2) Portantiero, J. C. *Estudiantes y política en América Latina*. México, D. F., Siglo Veintiuno, 1978.
- (3) Kant, E. *Crítica de la razón pura*. Buenos Aires, Ed. Sopena Argentina, 1940.
- (4) Schutz, A. *The Phenomenology of the Social World*. Evanston, Illinois, Northwestern University Press, 1967.
- (5) Kant, E. *Fundamental Principles of the Metaphysics of Morals. The Essential Kant*. Nueva York, The New American Library, 1970.
- (6) Pedro Laín Entralgo es un médico español contemporáneo, nacido en 1908, que ha dedicado sus actividades a los problemas históricos de la medicina. Catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad Central (Madrid), fundó y dirigió la primera época de la revista *Escorial* y, en 1948, fundó la revista *Cuadernos Hispanoamericanos*. Sus obras principales son: *Menéndez Pelayo* (1944); *La generación del noventa y ocho* (1945); *La historia clínica* (1950); *Historia de la medicina* (1954); *Mind and Body* (Londres, 1955); *España como problema* (1956); *La espera de la esperanza* (1956); *La curación por la palabra en la Antigüedad clásica* (1958); *Teoría y realidad del otro* (1961); *Enfermedad y pecado* (1961).
- (7) Laín Entralgo, P. *Enfermedad y pecado*. Barcelona, Ediciones Toray, 1961.
- (8) Laín Entralgo, P. *ibid.*
- (9) Laín Entralgo, P. La obra de Segismundo Freud. *Estudios de historia de la medicina y de antropología médica*. Madrid, 1943.
- (10) Laín Entralgo, P. La obra de Segismundo Freud y *Enfermedad y pecado*.
- (11) Laín Entralgo, P. Director, *Historia universal de la medicina* (7 tomos). Barcelona, Salvat Editores, 1975.
- (12) Laín Entralgo, P. *Enfermedad y pecado*.

(13) Entre los numerosos trabajos críticos que existen sobre el funcionalismo sociológico, uno de los más conocidos es el de Alvin W. Gouldner, *The Coming Crisis in Western Sociology*. Nueva York, Basic Books, 1970.

(14) Swingewood, A. *Marx and Modern Social Theory*. Nueva York, Halsted Press (A Division of John Wiley & Sons), 1975.

(15) Talcott Parsons, sociólogo norteamericano, nació en Colorado Springs en 1902. Estudió en la London School of Economics (1924-25) y se recibió de Doctor en Filosofía (1927) en la Universidad de Heidelberg (Alemania). Ha sido profesor de sociología de la Universidad de Harvard (1944-1973) donde ingresó en 1927 como instructor de economía. Es autor de numerosos artículos y libros, entre ellos; *Structure of Social Action* (1949); *Toward a General Theory of Action* (ed. 1951); *The Social System* (1964); *Social Structure and Personality* (1964); *Politics and Social Structure* (1969); *The System of Modern Societies* (1971) y, *The Evolution of Societies* (1977).

(16) Parsons, T. *The Social System*. Glencoe, Illinois, The Free Press, 1964.

(17) Parsons, T. *ibid.*

(18) Parsons, T. *ibid.*

(19) Glezerman, G. y G. Kursá Nov. *Materialismo histórico*. Buenos Aires, Ediciones Estudio, 1973.

(20) Marx, C. *Contribución a la crítica de la economía política*. Buenos Aires, Ediciones Estudio, 1970.

(21) Bernhard Joseph Stern, sociólogo y antropólogo norteamericano (1894-1956), recibió en 1927 su Doctorado de Filosofía en sociología y antropología en la Universidad de Columbia (Nueva York) y en 1931 fue nombrado editor asistente de la *Enciclopedia de Ciencias Sociales* y profesor (Lecturer) de sociología en la Universidad de Columbia, y de antropología en la Nueva Escuela de Investigación Social. Stern fue el primer sociólogo norteamericano que trabajó intensamente en el campo de la sociología médica. La disertación doctoral *Social Factors in Medical Progress* (Columbia University Press, 1927) y su primer libro *Should We Be Vaccinated?* marcan el comienzo de su producción científica en ese campo. Stern escribió seis libros y numerosos artículos sobre sociología médica y en 1936 participó en la fundación de la prestigiosa revista *Science and Society*. El surgimiento de la corriente neopositivista en la sociología médica y el maccartismo de comienzos del decenio de 1950 relegaron las obras de Stern a un segundo plano y su contribución ha sido olvidada por la sociología médica norteamericana actual.

(22) Stern, J. *Society and Medical Progress*. Princeton, New Jersey, Princeton University Press, 1941.

(23) Stern, J. *Ibid.*

(24) Stern, J. Some Aspects of Historical Materialism, en R. W. Sellars, V. J. McGill y M. Farber, eds. *Philosophy for the Future*. Nueva York, The MacMillan Company, 1949.

(25) Farrington, B. Demócrito, Platón y Epicuro. R. W. Sellars, V. J. McGill y M. Farber, eds., *Filosofía del futuro*. México, Cía. General de Ediciones, 1951.

(26) Stern, J. The physician and society. *The Intern* 14(3), marzo de 1948.

(27) Stern, J. Some Aspects of Historical Materialism.

(28) Stern, J. *Society and Medical Progress*.

(29) Stern, J. *American Medical Practice*. Nueva York, The Commonwealth Fund, 1945.

(30) Stern, J. *Society and Medical Progress*.

(31) Poulantzas, N. *Fascismo y dictadura*. México, Siglo Veintiuno, 1971.

(32) Stern, J. *Society and Medical Progress*.

- (33) Adorno, T. W. *Prismas: La crítica de la cultura y de la sociedad*. Barcelona, Ediciones Ariel, 1962.
- (34) Korsch, K. *Karl Marx*. Nueva York, Russell, 1963.
- (35) Jean-Claude Polack nació en Estrasburgo en 1936 y fue sindicalista durante la guerra de Argelia, Presidente de la Asociación de Estudiantes de Medicina en París, especialista en psiquiatría y psicoanálisis y director de la revista *Cahiers pour la Folie*.
- (36) Polack, J. C. *La Médecine du Capital*. París, François Maspero, 1971. Trad. *La medicina del capital*. Madrid, Editorial Fundamentos, 1974.
- (37) Polack, J. C. *ibid.*
- (38) Polack, J. C. *ibid.*
- (39) Polack, J. C. *ibid.*
- (40) Berlinguer, G. *Medicina e Política*. Bari, De Donato Editore, 1973.
- (41) Blauberger, I. Director, *Diccionario Marxista de Filosofía*. México, Ediciones de Cultura Popular, 1975.
- (42) Las obras de Michel Foucault han tenido una gran influencia en la medicina social latinoamericana. Sus obras más importantes sobre historia de la medicina son: *Enfermedad mental y personalidad*, Buenos Aires, Editorial Paidós, 1964; *Historia de la locura en la Época Clásica*, México, Fondo de Cultura Económica, 1967; *El nacimiento de la clínica*, México, Siglo Veintiuno, 1966 y, *Medicina e historia—El pensamiento de Michel Foucault*, Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud, 1978. Existen varios estudios sobre la obra de Foucault, entre estos: Arouca, S. y Márquez, M. La arqueología de la medicina, *Educ Méd Salud* 8(4):331-346, 1974. Kuzzweil, E. Michel Foucault: Ending the era of man, *Theory and Society* 4(3), Fall 1977; White, H. V. Foucault decoded: Notes from the underground, *History and Theory* 1, 1973.
- (43) Lecourt, D. Sur l'Archéologie du Savoir. *Pensée* 152, 1970.
- (44) Blauberger, I. *Diccionario Marxista de Filosofía*.
- (45) Sigerist, H. E. *Civilización y enfermedad*. México, Fondo de Cultura Económica, 1946.
- (46) Zola, I. K. Medicine as an Institution of Social Control, en J. Ehrenreich, ed. *The Cultural Crisis of Modern Medicine*. Nueva York, Monthly Review Press, 1978.
- (47) Illich, I. *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. Nueva York, Bantam, 1977.
- (48) John Ehrenreich, en la introducción de *The Cultural Crisis of Modern Medicine* expresa que el conocimiento "científico" de los médicos no puede considerarse, en algunos casos, como conocimiento ya que son mensajes sociales envueltos en un lenguaje técnico.
- (49) McKeown, T. *Medicine in Modern Society*. London, Allen and Unwin, 1965; J. Powles. On the limitations of modern medicine. *Sci Med Man* 1(1), 1973; A. L. Cochrane. Effectiveness and efficiency, Rock Carling Monograph, 1971.
- (50) Illich, I. *op. cit.*
- (51) Zola, I. K. Medicine as an Institution of Social Control. *Sociol Rev* 20(4), 1972.
- (52) Spieler, E. Division of laborers. *Health-Pac Bulletin*, November, 1972; Brown, C. A. The division of laborers: Allied health professions. *Int J Health Serv* 3(3), 1973; Ehrenreich, B. y J. Ehrenreich. Hospital workers: Class conflicts in the making. *Int J Health Serv* 5(1), 1975.
- (53) Cassel, J., R. Patrick y D. Jenkins. Epidemiological analysis of the health implications of cultural change: A conceptual model. *Ann N Y Acad Sci* 84, 1960. Cassel, J. y H. A. Tyroler. Epidemiological studies of culture change - I. *Arch Environ Health* 3, 1961; Eyer, J. Hypertension as a disease of modern society. *Int J of Health Serv* 5, 1975.

(54) Wolff, K. H. This is the Time for Radical Anthropology, en Dell Hymes, ed. *Re-Inventing Anthropology*. Nueva York, Random House, 1973.

(55) Husserl, E. *The Crisis of European Sciences and Transcendental Phenomenology: An Introduction to Phenomenological Philosophy*. Evanston, Illinois, Northwestern University Press, 1970.

(56) Levin, L. S. y E. L. Idler. *The Hidden Health Care System: Mediating Structures and Medicine*. Cambridge, Massachusetts, Ballinger Publishing Co., 1981.

(57) Levin y Idler, *ibid*.

(58) Manning, P. K. y Horacio Fábrega, Jr. The Experience of Self and Body: Health and Illness in the Chiapas Highlands, en Psathas, George, ed. *Phenomenological Sociology: Issues and Applications*. Nueva York, John Wiley and Sons, 1973.

(59) Academia de Ciencias de la URSS y Academia de Ciencias de Cuba. *Metodología del Conocimiento Científico*. La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, 1975.

(60) Manning y Fábrega, The Experience of Self and Body.

(61) Douglas, M. *Natural Symbols: Explorations in Cosmology*. Nueva York, Random, 1972.

(62) Pellegrino, E. D. Philosophy of Medicine: Problematic and Potential. *The Journal of Medicine and Philosophy* 1(1), March 1976.

(63) Marcel, G. Incarnate Being as the Central Datum of Metaphysical Reflection. *Creative Fidelity*. Nueva York, Noonday Press, 1964.

(64) Merleau-Ponty, M. The Spatiality of the Lived Body and Motility, en Stuart F. Spicker, ed. *The Philosophy of the Body*. Chicago, Illinois, Quadrangle Books, 1970.

(65) Spicker, S. F. The Lived Body as Catalytic Agent: Reaction at the Interface of Medicine and Philosophy, en Engelhardt Jr., H. R. y S. F. Spicker, eds. *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*. Dordrecht, Reidel Publishing Co., 1975; Spicker, S. F. Terra firma and infirma Species. *Journal of Medicine and Philosophy* 1(2), June 1976.

(66) Straus, E. *Phenomenological Psychology: The Selected Papers of Erwin W. Straus*. Nueva York, Basic Books, 1966.

(67) Straus, E., M. Natanson y H. Ey. *Psychiatry and Philosophy*. Nueva York, Springer-Verlag, 1969.

(68) Grene, M. People and other animals. *Philosophia Naturalis* 14, 1973.

(69) Engelhardt Jr., H. T. The Concepts of Health and Disease, en Engelhardt y Spicker, eds. *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*.

(70) Buytendijk, F. J. *Prolegomena to an Anthropological Physiology*. Pittsburgh, Pennsylvania, Duquesne University Press, 1974.

(71) Lafn Entralgo, P. *Doctor and Patient*. Londres, World University Press, 1969; La relación médico-enfermo. *Revista de Occidente*, Madrid, 1964.

(72) Wartofsky, M. W. Organs, Organisms and Disease: Human Ontology and Medical Practice, en Engelhardt y Spicker, eds. *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*.

(73) Zaner, R. The radical reality of the human body. *Humanitas* 2(1), 1966; Context and Reflexivity: The Genealogy of Self, en Engelhardt y Spicker, eds. *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*.

(74) Nelson, J. B. *Human Medicine. Ethical Perspective in New Medical Issues*. Minneapolis, Minnesota, Augsburg Publishing House, 1973.

(75) Donagan, A. *The Theory of Morality*. Chicago, Illinois, University of Chicago Press, 1977.

(76) Bankowski, Z. y J. Cornera Bernardelli. *Medical Ethics and Medical Education*. Ginebra, Council for International Organizations of Medical Sciences, 1981.

(77) Arsenyev, A. *The Relationship between Science and Morality*. Moscú, Progress Publishers, 1975.

(78) Shriver, Jr., D. W. Medicine and Religion: Some Definitions and Goals, en Shriver, Jr., D. W., ed. *Medicine and Religion: Strategies of Care*. Pittsburgh, Pennsylvania, University of Pittsburgh Press, 1980.

(79) Shriver, Jr., D. W. The Interrelationships of Religion and Medicine, *ibid.* Es importante señalar que uno de los participantes más activos del movimiento religioso en medicina, John H. Bryant, fue nombrado Director de la Oficina de Salud Internacional en el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos durante el gobierno de Carter.

(80) LaPatra, J. *Healing*. Nueva York, McGraw-Hill, 1978.

(81) Challes, D. Integrated Health. *The Holistic Health Handbook*. And/or Press, Berkeley, California, 1978.

(82) Bloomfield, H. y R. Kory. *The Holistic Way to Health and Happiness*. Nueva York, Simon and Schuster, 1978.

(83) Kipelman, L. y J. Moskop. The holistic health movement: A survey and critique. *The Journal of Medicine and Philosophy* 6(2), mayo de 1981.

(84) Lyotard, J. F. *La fenomenología*. Buenos Aires, Editorial Universitaria de Buenos Aires, 1960.

(85) The American Enterprise Institute es un "think tank" financiado por grandes empresas norteamericanas, de orientación derechista y que sirve de apoyo intelectual al gobierno de Ronald Reagan. *Newsweek*, 2 de febrero de 1981.

(86) Ehrenreich, J. Introducción del libro *The Cultural Crisis of Modern Medicine*.

(87) Sigerist, H. F. *Civilización y enfermedad*.

MEDICINE AND SOCIETY—SCHOOLS OF THOUGHT IN THE HEALTH FIELD (Summary)

The article considers the answers given by different schools of thought to the fundamental questions about the degree of autonomy of medicine and the kind of articulation between medicine and society as a whole and in its "parts." The answers vary with the thinking in the different social sciences and the philosophic schools associated with them. The author divides his presentation in two broad chapters: The first covers schools of thought in the health field, and attempts to delineate the philosophical foundations underlying the principal current schools of thought in this field, without attempting a history of the philosophical schools or analyzing each of them in detail. Thus, two idealist currents are studied which have exerted great influence in the health field—neopositivism and neo-Kantianism—and marxism as the materialist school, which recognizes the primacy of matter, nature, and objective reality, and views consciousness as a property of matter.

The second chapter considers the theoretical contest now going on among the schools of thought discussed in the first chapter, which try to explain the relationship between medicine and the social structure; the effectiveness of medical action, and the social determinants of disease. Prior to the seventies, the author says, the dominant view of the autonomy of medicine, its effectiveness, the potential for social change of the medical institutions, and the benefits to health of economic development, was endorsed by the predominance of positivism among these schools of medical thought. The view that medicine was broadly autonomous and at the same level with other subsystems such as the economic, the political and the educational subsystems, assumed the possibility of changing society by an effort begun through any of these "sectors."

The enormous growth of productive forces that took place in the developed capitalist countries during the fifties, and even more during the sixties, collided at the end of the latter decade with the existing social production relations, which checked the progress of the production forces and generated a series of challenges in civil society to the aims of economic development and the achievements of science in relation to the inequality of the distribution of wealth. In the health sector, this was a time of criticism of the positivist view and of pointing out the negative effects of medicalization, highlighting the ideological and self-perpetuating character of medical institutions, and proposals for the demedicalization of society. In actual medical practice, there emerged alternative programs for the individual's care of his own health, for primary care provided by nonprofessional personnel, for a revitalization of traditional medicine, for appropriate technology, etc.

The "appropriation" by government during the seventies of the alternatives that emerged from this criticism of medical institutions and the growing recognition of the failure of these measures have given new life to the theoretical discussion of the articulation of the health field with society. Thus, the two schools of phenomenology and marxism, which had contributed to the criticism of positivism in the late sixties and had agreed on some proposals in practice and knowledge, have gradually drifted apart and come into conflict with each other in recent years. According to the author, this theoretical contest has profound implications for clarifying and changing the theoretical framework that had been constructed for the health field in Latin America at the beginning of the seventies.

MEDICINA E SOCIEDADE—AS CORRENTES DE PENSAMENTO NO CAMPO DA SAÚDE (*Resumo*)

O artigo refere-se às respostas que dão diferentes correntes de pensamento às perguntas fundamentais sobre o grau de autonomia da medicina e sobre o tipo de articulação da medicina com o todo social ou com suas "partes". As respostas a

essas perguntas variam de acordo com as correntes existentes nas ciências sociais e as escolas filosóficas com as quais estas se relacionam. O autor divide a exposição em dois grandes capítulos: no primeiro, que trata das correntes de pensamento no campo da saúde, assinala as bases filosóficas sobre as quais se sustentam as principais correntes existentes nesse campo, sem pretender fazer uma história das correntes filosóficas nem realizar uma análise exaustiva de cada uma delas. Assim, estudam-se duas correntes idealistas que tiveram grande influência no campo da saúde - o neopositivismo e o neokantismo - e o marxismo como a corrente materialista que reconhece o caráter primário da matéria, da natureza e da realidade objetiva e que considera a consciência como uma propriedade da matéria.

No segundo capítulo, analisa-se a luta teórica atual entre as escolas de pensamento estudadas no capítulo anterior, que tratam de explicar a relação da medicina com a estrutura social, a efetividade da ação médica, e os determinantes sociais da enfermidade. No período anterior à década de 70 - expressa o autor - a concepção dominante da autonomia da medicina, de sua efetividade, do poder de transformação social das instituições médicas e do efeito positivo do desenvolvimento econômico sobre a saúde, estava respaldada pelo predomínio do positivismo entre as correntes do pensamento médico. A concepção de que a medicina tinha uma ampla autonomia e estava no mesmo nível de outros subsistemas, tais como o econômico, o político, o educacional, supunha a possibilidade de transformar a sociedade começando por qualquer desses "setores".

O enorme crescimento das forças produtivas nos países capitalistas desenvolvidos na década de 50 e, particularmente, na de 60, choca-se no final desta última década com as relações sociais de produção existentes, freando o progresso das forças produtivas e provocando, em consequência, uma série de questionamentos na sociedade civil sobre os fins do desenvolvimento econômico e as realizações da ciência em relação a desigualdade na distribuição da riqueza. No setor da saúde, prosperam nesse período as críticas à concepção positivista e assinalam-se os efeitos negativos da medicalização, ressalta-se o caráter ideológico e reprodutor das instituições médicas e se propõe a desmedicalização da sociedade. No terreno da prática médica surgem programas alternativos de auto-atendimento, cuidados primários efetuados por pessoal não profissional, revitalização da medicina tradicional, tecnologia apropriada, etc.

A "apropriação" por parte do Estado na década de 70 das alternativas surgidas da crítica às instituições médicas e o reconhecimento crescente do fracasso dessas medidas revitalizaram a discussão teórica sobre a articulação do campo da saúde na sociedade. Assim, as duas correntes - a fenomenologia e o marxismo - que haviam contribuído para criticar o positivismo no final da década de 60 e que haviam coincidido em algumas proposições a prática e o saber se foram distanciando e enfrentando durante os últimos anos. Essa luta teórica tem - segundo o autor - profundas implicações para o esclarecimento e a transformação do quadro teórico elaborado na América Latina no início da década de 70 para o campo da saúde.

MÉDECINE ET SOCIÉTÉ—LES COURANTS DE PENSÉE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ *Résumé*)

Cet article se réfère aux réponses que donnent différents courants de pensée aux questions fondamentales relatives au degré d'autonomie de la médecine et au type d'articulations que présente la médecine avec l'ensemble de la société ou avec ses différentes parties. Les réponses à ces questions varient selon les courants qui existent dans les sciences sociales et les écoles de pensée auxquelles elles sont liées. L'auteur divise son exposé en deux grands chapitres: dans le premier chapitre, qui traite des courants de pensée dans le domaine de la santé, il s'efforce d'analyser les bases philosophiques sur lesquelles reposent les principaux courants actuels dans ce domaine, sans prétendre faire l'historique des courants philosophiques ni une analyse exhaustive de chacun d'eux. Il étudie ainsi deux courants d'idées qui ont eu une grande influence dans le domaine de la santé: le néo-positivisme et le néokantisme—et le marxisme comme courant matérialiste qui reconnaît le caractère primaire de la matière, la nature, la réalité objective et qui considère la conscience comme une propriété de la matière.

Dans le second chapitre, il analyse la lutte théorique actuelle entre les courants de pensée étudiés dans le chapitre précédent, il s'efforce d'expliquer le rapport entre la médecine et la structure sociale; l'efficacité de l'action médicale et les déterminants sociaux de la maladie. Au cours des années antérieures à 1970 -afirme l'auteur - la conception dominante de l'autonomie de la médecine, de son efficacité, du pouvoir de transformation sociale des institutions médicales et de l'effet positif sur la santé du développement économique s'expliquait par la prédominance du positivisme entre les courants de pensée médicale. La conception d'une médecine jouissant d'une large autonomie et à égalité avec d'autres sous-systèmes, tels que l'économie, la politique, l'éducation, supposait la possibilité de transformer la société en commençant par l'un quelconque de ces secteurs.

La croissance énorme des forces productives qu'ont connue les pays capitalistes développés au cours des années 1950, et surtout au cours des années 1960, atteint son sommet à la fin de cette seconde décennie avec les relations sociales freinant le progrès des forces productives et engendrant une série de mises en question de la société civile sur la finalité du développement économique et les réalisations de la science face aux inégalités dans la distribution de la richesse. Dans le secteur de la santé, au cours de cette période se multiplient les critiques de la conception positiviste et sont signalés les effets négatifs de la propagation de la médecine: on souligne le caractère idéologique et reproducteur des institutions médicales et l'on propose d'affranchir la société de la médecine. Sur le terrain de la pratique médicale apparaissent des programmes de soins de santé autonomes, de soins de santé primaires dispensés par un personnel non professionnel, et de revitalisation de la médecine traditionnelle, de la technologie appropriée, etc.

La reprise à son compte par l'Etat, au cours des années 70, des options surgies de la critique à l'encontre des institutions médicales, et la prise de conscience

croissante de l'échec de ces mesures ont relancé le débat théorique sur l'articulation du domaine de la santé dans la société. Ainsi, les deux courants - la phénoménologie et le marxisme—qui avaient contribué à critiquer le positivisme à la fin des années 60 et qui avaient convergé sur certaines propositions au niveau de la pratique et du savoir, se sont écartés l'un de l'autre et confrontés au cours de ces dernières années. Cette lutte théorique présente—selon l'auteur—de profondes implications pour la clarification et la transformation du cadre théorique qui avait été élaboré en Amérique latine au début des années 70 pour le domaine de la santé.

Notas sobre a evolução da escola médica no Brasil¹

RENATO PEIXOTO VERAS,² LÚCIA DE SOUZA RIBEIRO³ E JOSÉ CARLOS DE SOUZA LIMA⁴

O DESENVOLVIMENTO DA ESCOLA MÉDICA

A história do ensino médico no Brasil tem seu ponto inicial em 1808, com a chegada de família real portuguesa, quando se instala o primeiro Curso Médico-Cirúrgico, na Bahia.

No ano seguinte, o príncipe-regente D. João VI cria no Rio de Janeiro a Escola de Anatomia e Cirurgia. Por cartas-régias de 1813 e 1815, as escolas do Rio e de Salvador, respectivamente, são transformados em Academias Médico-Cirúrgicas, e posteriormente, em 1832, em Faculdades de Medicina, adotando as normas e programas da Escola Médica de Paris. A partir de então, o crescimento se dá lentamente (Tabela I). Até o final da Primeira República, funcionavam no Brasil apenas 12 escolas de Medicina, todas elas ligadas ao poder público. Por outro lado, até 1922, data de criação da primeira Universidade brasileira, estas faculdades não se articulam organicamente, permanecendo como escolas isoladas.

A Revolução de 1930 marca o início de profundas transformações no país, que repercutem também em sua estrutura educacional: faz-se sentir um esforço centralizado, baseado na ampliação do poder do Estado. É criado o Ministério de Educação e Saúde Pública (1930) e estabelecem-se normas únicas, nacionais, para todo o ensino superior. Em 1931, registra-se a Reforma Francisco Campos, que estabelece a equiparação das instituições de ensino superior mantidas pelo governo e determina a inspeção dos cursos livres. Em relação ao ensino médico, a reforma visa promover e facilitar o mais possível a especialização profissional nos diversos ramos da medicina aplicada.

A partir deste ano, e até 1965, criam-se mais 28 escolas médicas, que são, na sua maioria, ligadas ao poder central e que constituem, hoje em

¹Artigo extraído da pesquisa *Ideologia e Escola Médica*, realizado no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

²Professor Assistente do Instituto de Medicina Social da UERJ.

³Pesquisadora do Instituto de Medicina Social da UERJ.

⁴Mestrando do Instituto de Medicina Social da UERJ.

dia, as maiores escolas. Esse aumento reflete basicamente o crescimento de estruturas universitárias federais em quase todos os estados, e se caracteriza por um critério de distribuição regional bastante equilibrado. Por outro lado, é também nesse período que surge a iniciativa privada no campo da educação médica: 10 das escolas criadas são particulares (Tabela I).

Mas é na curta etapa que vai de 1966 a 1970 que se dá uma verdadeira “explosão” do ensino médico no país: o número de escolas existentes aumenta em 75%. Este crescimento inusitado revela também uma tendência à concentração regional: 83,3% das escolas então fundadas se localizam nas regiões Sul e Sudeste do país. Por outro lado, esse crescimento se dá basicamente por conta da iniciativa privada (83,3% das escolas).

Essas duas tendências se acentuam quando se analisa a situação de São Paulo e do Rio de Janeiro, onde se concentra a grande maioria das escolas criadas nesse período, na sua totalidade, privadas (Tabela II).

Nesse mesmo período, as faculdades tradicionais se vêem forçadas, por dispositivos legais, a ampliar o número de suas matrículas. Assim, no ano de 1971, estavam matriculados nos sextos anos de todas as escolas médicas brasileiras 3.928 estudantes; nesse mesmo ano, matricularam-se na série inicial 9.008 estudantes, o que significa um aumento considerável do número de médicos a serem formados (1).

A necessidade de conter essa expansão fez com que, a partir de então, se reduzisse drasticamente a fundação de escolas: de 1971 até o momento atual, contam-se apenas seis novas escolas, cinco das quais privadas e localizadas na região Sudeste (Tabela I).

Nesse processo de crescimento da escola médica no Brasil notam-se, fundamentalmente, duas tendências, que aparecem nos últimos períodos e que caracterizam seu desenvolvimento mais recente.

A primeira é a tendência à privatização das escolas. Se, num primeiro período, a totalidade dos estabelecimentos criados é pública, já nos períodos subseqüentes começam a surgir as escolas particulares, que vêm a afirmar-se com ampla maioria (83,3%) nos períodos mais recentes. Em consequência desse processo, a maior parte das escolas, hoje, é privada (Tabela III).

Isto significa que a considerável expansão de escolas e cursos médicos—consequência, entre outros fatores, de toda uma pressão pela democratização da universidade—, não eliminou seu caráter seletivo. No caso da escola médica, “este pode mesmo ter-se acentuado pela crescente participação da iniciativa privada nessa área do sistema escolar, uma vez que são bastante elevados os custos da formação, especialmente em sua fase técnico-profissional” (2).

Tabela I. Distribuição das Escolas Médicas, por Data de Criação, Segundo as Regiões e a Dependência Administrativa.

Data de criação	Brasil			Regiões											
	Total	Público	Privado	Norte/Centro-Oeste			Nordeste			Sudeste			Sul		
				Total	Publ.	Priv.	Total	Publ.	Priv.	Total	Publ.	Priv.	Total	Publ.	Priv.
Total	76	36	40	6	6	-	12	10	2	43	13	30	15	7	8
1908 a 1930	12	12	-	2	2	-	3	3	-	5	5	-	2	2	-
1931 a 1960	19	13	6	-	-	-	6	6	-	8	4	4	5	3	2
1961 a 1965	9	5	4	1	1	-	-	-	-	6	3	3	2	1	1
1966 a 1970	30	5	25	2	2	-	3	1	2	19	1	18	6	1	5
1971 a 1981	6	1	5	1	1	-	-	-	-	5	-	5	-	-	-

Fonte: Dados fornecidos pela ABEM.

Tabela II. Escolas Médicas Criadas no Período 1966/1970.

Dependência administrativa	Região Sudeste	Rio/S. Paulo
Escolas privadas	18	14
Escolas públicas	1	-
Total	19	14

Tabela III. Distribuição Percentual das Escolas Médicas, por Data de Criação, segundo Dependência Administrativa.

Data de criação	Total	Dependência administrativa	
		Pública	Privada
Total	100,0	47,4	52,6
1808 a 1930	100,0	100,0	-
1931 a 1960	100,0	68,4	31,6
1961 a 1965	100,0	55,6	44,4
1966 a 1970	100,0	16,7	83,3
1971 a 1981	100,0	16,7	83,3

Fonte: Dados fornecidos pela ABEM.

Ao mesmo tempo, estes altos custos fazem com que as instalações e condições de ensino oferecidas pela rede privada nem sempre sejam satisfatórias (3).

A outra tendência que se afirma na evolução mais recente da escola médica é a da concentração regional (Tabela IV). Nos primeiros períodos, a expansão da escola médica obedece a critérios de distribuição regional relativamente equilibrados, ainda que a região sudeste ocupe sempre o primeiro lugar; assim, das 19 escolas criadas entre 1931 e 1960, 31,6% se localizam no Nordeste, 42,1% no Sudeste e 26,3% no Sul; a partir de então, entretanto, o processo adquire uma forte conotação concentradora nas regiões Sudeste e Sul, acentuando as disparidades regionais, para chegar à situação atual, em que 56,6% das escolas médicas se situam no Sudeste; essa cifra aumenta para 76,3%, quando se soma a região Sul.

É interessante notar que essas duas tendências se combinam, configurando um padrão de crescimento diferencial: numa primeira etapa, até 1960, criam-se escolas de Medicina preferencialmente públicas e distribuídas de maneira razoavelmente equilibrada entre as distintas regiões do

Tabela IV. Distribuição Percentual das Escolas Médicas, por Data de Criação, Segundo as Regiões.

Data de criação	Regiões				
	Brasil	Norte/Centro Oeste	Nordeste	Sudeste	Sul
Total	100,0	7,9	15,8	56,6	19,7
1808 a 1930	100,0	16,7	25,0	41,6	16,7
1931 a 1960	100,0	—	31,6	42,1	26,3
1961 a 1965	100,0	11,1	—	66,7	22,2
1966 a 1970	100,0	6,7	10,0	63,3	20,0
1971 a 1981	100,0	16,7	—	83,3	—

país. Na etapa subsequente—sobretudo a partir de 66—, as novas escolas são, essencialmente, privadas e se concentram inequivocamente no Sul/Sudeste, especialmente no eixo Rio-S. Paulo.

Isso pareceria indicar duas orientações diferentes, em ambos os momentos de criação das escolas, segundo estudo realizado em 77: a primeira “responde à ação do Estado federal tendendo à difusão de centros de educação médica por todo o país (. . .) a segunda é orientada fundamentalmente por setores privados, para os quais a criação de uma faculdade se projeta em função de uma demanda seguramente já não satisfeita pela ação do Estado federal” (4).

Parece-nos, entretanto, que essa interpretação dos padrões de crescimento não deve levar a uma dicotomia simplista na análise atual das escolas: se no Nordeste e Norte/Centro-Oeste predominam amplamente as escolas públicas, no Sudeste o peso das escolas privadas não anula a importância das públicas, que, fundadas na primeira etapa, continuam desempenhando um papel fundamental na formação dos profissionais da saúde.

O CONTEXTO DA UNIVERSIDADE

O crescimento da escola médica não é um fato isolado; ocorre dentro do processo mais amplo de expansão de toda a Universidade brasileira. Esse processo, por su vez, tem escassa significação quando tomado em si mesmo. “Ele só adquire relevância quando relacionado com mudanças sociais e políticas na sociedade brasileira, com as práticas e expectativas das classes sociais e como base de justificação ideológica para tentar a legitimação de modelos políticos ou o ocultamento de disparidades crescentes, com a falsa imagem de uma pretendida democratização” (5).

Tentaremos indicar aqui os aspectos essenciais dessa evolução da Universidade e descobrir, numa visão sintética, suas articulações com o contexto sócio-político.⁵

A Universidade brasileira como articulação orgânica das diferentes faculdades só surge depois de 1920. Anteriormente, havia apenas faculdades isoladas, dedicadas às elites das antigas classes dominantes.

Desde então, dá-se uma rápida expansão: aos 78 estabelecimentos existentes até 1930, acrescentam-se mais 338 estabelecimentos novos até 1960, o que representa um crescimento de 433%. Mas é a partir dos anos 60 que o crescimento do ensino superior se acelera.

Os dados sobre a evolução das matrículas nesse período dão uma ideia dessa aceleração (ver Tabela V).

É interessante notar que as taxas de incremento anual mais elevadas se dão justamente na etapa que vai de 1968 a 1972, coincidindo, *grosso modo*, com o período que denominamos de explosão da escola médica.

Por outro lado, o crescimento nesse período se deu sobretudo à custa do

Tabela V. Evolução das Matrículas no Ensino Superior, 1960-1976.

Anos	Total de Matrículas	Incremento Anual (%)	Incremento Acumulado (1960 = 100)
1960	93,2		100,0
1961	98,9	6,1	106,1
1962	107,3	8,5	115,1
1963	124,2	15,8	133,3
1964	142,4	14,5	152,8
1965	155,8	9,4	167,1
1966	180,1	15,6	193,2
1967	212,9	18,2	228,4
1968	278,3	30,7	298,6
1969	342,8	23,2	367,8
1970	425,5	24,1	456,6
1971	561,4	31,9	602,3
1972	688,4	22,6	738,6
1973	772,8	12,3	827,0
1974	937,6	21,3	1.005,4
1975	1.111,1	18,6	1.191,1
1976	1.316,6	18,5	1.412,7

Fonte: Ministério de Educação e Cultura, SEEC Estimativa do SEEC.

⁵Para uma visão mais completa do assunto, ver referências (5) e (6).

setor privado, reafirmando, a nível geral, a mesma tendência já antes observada no caso das escolas de Medicina. Na realidade, essa expansão se dá no quadro de uma adaptação da Universidade ao sistema capitalista. Assim, a tendência à privatização do ensino revela todo um esforço para transformar as escolas superiores em moldes empresariais e se inscreve no processo de “modernização” da Universidade, coerente com o modelo de desenvolvimento nacional. Na realidade, essa tendência encontra suas raízes já na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, aprovada pelo Congresso em 1961, depois de vários anos de debates.

A lei “favoreceu a descentralização e o aparecimento dos estabelecimentos isolados particulares (. . .) já não mais necessariamente confessionais, mas crescentemente na forma de empresas educativas” (5).

O acôrdo MEC/USAID, que se estabeleceu logo depois de 1969, e através do qual uma equipe mista de brasileiros e americanos deveria traçar as linhas-mestras da política educacional brasileira, propunha a superação de estruturas organizacionais antiquadas e o relacionamento do ensino com as necessidades de força humana. Dentro dessa orientação, o acordo favorecia também a privatização das escolas.

As medidas de expansão se reforçam com a Reforma Universitária, que, iniciada em 1966 a generalizando-se a partir de 1968, se traduz na departamentalização e na instauração do ciclo básico e do regime de créditos, trazendo como conseqüência a diminuição do custo médio do estudante.

A abertura da Universidade responde basicamente às pressões dos setores médios, que vêm na escolarização, se não a garantia de ascensão social, pelo menos a exigência indispensável para que esta possa ser postulada.

Entretanto, não há que confundir esse crescimento quantitativo da Universidade com uma verdadeira democratização da mesma. Tudo indica que seu caráter seletivo se mantém, uma vez que a Universidade, de fato, continua restrita às classes sociais mais favorecidas. Ainda que se tenha aberto aos setores médios, só uma minoria de seus estudantes provém dos setores populares. Concorreu para isso o fato já apontado de seu crescimento ter-se dado sobretudo à custa do setor privado.

Por outro lado, os mecanismos de discriminação se recompõem rapidamente, atuando:

- 1) através da estratificação das escolas (em que algumas se transformam em centros de alto nível, com um tratamento preferencial, em detrimento das outras); ou

2) sobretudo, através do desenvolvimento da pós-graduação, considerada como um quarto ciclo e cumprindo hoje a mesma função que antes cabia ao ensino superior.

Com efeito, entre 1970 e 1976, seu índice de crescimento é de 617%; mas representa em 1975 apenas 0,1% das matrículas (5).

Há que notar também que o caráter seletivo da Universidade não se aplica uniformemente a todos os cursos: para aqueles que implicam uma formação profissional mais qualificada tecnicamente e/ou mais valorizada social e economicamente—exigindo, por isso mesmo, melhor formação prévia—esse caráter seletivo se acentua. E entre estes, o curso médico ocupa um lugar especial.

Por outro lado, a própria expansão da Universidade suscitou reações que levaram a seu desaceleramento, tendência que também não se aplicou igualmente a todas as áreas, mas assumiu contornos definidos, no caso da Escola Médica, como veremos a seguir.

AS REAÇÕES FRENTE AO CRESCIMENTO

Em face da rápida expansão da escola médica, surgem reações contrárias.

Para alguns setores corporativos médicos, vinculados basicamente a uma prática liberal da Medicina, esse crescimento aparece como catastrófico, chegando alguns a propor que sejam fechadas as escolas que não ofereçam condições satisfatórias, enquanto outros sugerem um rígido controle na autorização de criação de novas escolas. Essa reação, naturalmente, não é um fato novo; já “as corporações medievais sempre tiveram, no controle do acesso à profissão, a principal arma para manter o seu valor” (1).

Na realidade, não se trata de um problema puramente quantitativo; teme-se—e em alguns casos com fundada razão—que a qualidade do ensino seja prejudicada. E para os que vêm na escola a detentora e transmissora do único conhecimento verdadeiro na área médica, essa ameaça aparece como sumamente grave, já que implica na perda do valor econômico e do valor simbólico da profissão.

À reação desses setores, soma-se a interferência do Estado, que assume, em face do extraordinário crescimento da escola médica, uma posição disciplinadora. Baseamo-nos fundamentalmente, para esta análise da posição do Estado, no trabalho de Campos (1). Em 1971, cria-se a “Co-

missão Ministerial de Ensino Médico”, através de portaria do Ministro de Educação e Cultura. Essa Comissão pretendia fazer uma avaliação do ensino médico, com o propósito de elevar seu padrão e de corrigir distorções, assim como de regulamentar a abertura de novas escolas. E, para tanto, produziu inicialmente dois documentos fundamentais; o Documento No. 1, publicado em 1971, parte do diagnóstico da situação do ensino médico, no qual se constata a explosão do número de matrículas: “a principal evidência levantada pela comissão... é a de que, em 1971, o número de estudantes matriculados nas escolas médicas era aproximadamente igual ao número de médicos então existentes no país, ou seja, cerca de 50.000” (1).

Esse documento refere-se aos problemas da formação docente, das instalações e equipamentos das escolas, dos recursos hospitalares e da situação financeira, e estabelece esquematicamente a classificação das escolas em dois grandes grupos, que, embora não se distingam por uma nítida linha de demarcação, possuem, em termos genéricos, algumas características próprias: no primeiro se incluíam escolas isoladas, particulares, com professores de tempo parcial, geralmente situadas fora dos grandes centros, destituídas de interesse pela pesquisa, com poucos recursos bibliográficos, hospitais não adaptados para o ensino e um currículo tradicional, freqüentadas sobretudo por estudantes já integrados na força de trabalho; no segundo grupo estariam, em geral, escolas incorporadas à universidade, mantidas pelo governo federal ou estadual, com professores de tempo integral, programas de pesquisa e cursos de pós-graduação, situadas em grandes centros urbanos, com hospitais adaptados ao ensino, estrutura curricular atualizada, recursos bibliográficos e estudantes que, na sua maioria, se dedicam exclusivamente ao estudo.

O problema que aqui se evidencia é que as escolas que se aproximavam do modelo do primeiro grupo formariam um profissional tecnicamente deficiente.

Em face dessa situação, o Documento No. 1 faz uma série de propostas no sentido de garantir a qualidade da formação médica e assume uma posição disciplinadora, diante de uma expansão desordenada que poderia comprometer essa qualidade.

Entretanto, “as medidas tomadas pela Comissão, à época consideradas muito drásticas, não tiveram a virtude de impedir que se graduassem profissionais dotados de baixo padrão técnico” (1). Se efetivamente se reduziu significativamente, a partir de então, a criação de novas escolas (apenas seis escolas médicas foram fundadas desde 1971), as escolas já em funcionamento enfrentavam uma série de problemas, que configuravam

uma situação de crise; vários fatores contribuíam para isto: “o fato das escolas mais novas estarem introduzindo seus alunos no ciclo clínico sem possuir instalações de serviço apropriadas para isso, a reorganização departamental das faculdades tradicionais após a abolição das cátedras, o grande contingente de estudantes em todas as escolas, os recursos cada vez mais escassos para a educação, e a organização da prática médica cada vez mais sofisticada” (1).

É nesse contexto que a CEM lança em 1973 seu Documento No. 2, no qual enfatiza a importância da articulação da escola com a prestação de serviços de saúde, em todos os níveis; suas propostas referem-se: aos hospitais universitários, que, como hospitais de referência para o ensino médico, devem ser modernizados, tanto em função de suas atribuições didáticas quanto da qualidade de seu atendimento, vinculado prioritariamente às necessidades da Previdência Social; à utilização de outras unidades do sistema de saúde, tais como os hospitais comunitários, os serviços de emergência, os hospitais especializados e as unidades sanitárias, nos quais a participação do estudante deveria representar um estímulo para seu aprimoramento; à importância do doente, cujos interesses devem sobrepor-se aos didáticos e de pesquisa; e às idéias de prevenção e promoção da saúde, básicas para a formação profissional.

Esse documento é publicado justamente alguns meses antes da assinatura do convênio entre as escolas médicas e a Previdência Social, que se concretiza em final de 1974, através de um protocolo “objetivando a integração dos hospitais de ensino e os programas de assistência médica da Previdência Social”.⁶

Embora tenha apresentado várias vantagens—como uma maior integração do serviço ambulatorial e hospitalar, a possibilidade de uma redução de custos, e o contato mais estreito proporcionado ao estudante de Medicina com as doenças mais comuns dos usuários da Previdência—nos dias atuais esse convênio apresenta alguns problemas.

A maioria dos hospitais de ensino que funcionam regidos pelo convênio queixa-se de crise financeira e dá a entender que diminuiu o interesse da Previdência no projeto, como seria indicado principalmente nos reajustes dos valores dos contratos, que segundo aqueles hospitais, está aquém dos seus altos custos.

⁶Texto do Protocolo, de 23 de outubro de 1974, firmado pelos Ministros de Educação e Cultura e da Previdência e Assistência Social, citado por Gentile de Mello (7), pg. 166.

AS CONSEQÜÊNCIAS DO CRESCIMENTO

A rápida expansão da escola médica, que, como vimos, se dá no país sobretudo entre 1966 e 1972, trás como conseqüência o aumento significativo do número de médicos e uma repentina pressão sobre o mercado. Antes disso, “a formação de profissionais obedecia a um ritmo regular, pode-se mesmo dizer lento, de cuja explicação não estava ausente o caráter seletivo deste tipo de ensino. Entre outros fatores, a pressão pela democratização do ensino, conquanto não eliminasse seu caráter seletivo, ofereceu a oportunidade para considerável ampliação de escolas e cursos médicos” (2).

O resultado desse crescimento é claramente notado quando se analisa a produção anual de médicos, que dá um salto no início da década de 70 (Ver tabela VI). Com efeito, em 1976, o número de graduados era aproximadamente 2,5 vezes maior do que em 1970, confirmando as estimativas feitas por Mário Chaves em 1971.⁷

E na medida em que esta ampliação obedece muito mais a fatores de ordem social que a exigências internas da própria organização do setor saúde—que não se confunde com as necessidades reais da população—, a

Tabela VI. Produção Anual de Médicos, Brasil, 1941-1976.

Ano	Número de graduados	%	Ano	Número de graduados	%	Ano	Número de graduados	%
1941	878	-	1953	1.274	2,7	1965	1.734	12,8
1942	662	-24,6	1954	1.503	18	1966	1.747	8,7
1943	595	-10,1	1955	1.468	-2,3	1967	2.039	16,7
1944	788	32,4	1956	1.422	-3,1	1968	2.713	33,1
1945	769	-2,4	1957	1.586	11,5	1969	3.212	18,4
1946	872	13,4	1958	1.578	-0,5	1970	3.306	2,9
1947	1.001	14,8	1959	1.491	-5,5	1971	3.721	12,6
1948	978	-2,3	1960	1.528	2,5	1972	5.301	42,5
1949	1.142	16,8	1961	1.760	15,2	1973	6.613	24,8
1950	1.070	-6,3	1962	1.348	-23,4	1974	7.722	16,8
1951	1.129	5,5	1963	1.556	15,4	1975	8.284	7,3
1952	1.241	9,9	1964	1.537	-1,2	1976	8.641	4,3

Fonte: Sacramento, E. “O Universo Profissional dos Médicos”, *Vida Médica*, Junho/julho 1978, Laboratório Gross, Rio de Janeiro, 1978.

⁷Em trabalho realizado em 1971, Chaves, analisando o problema, estimava que, em 1977, o número de médicos no mercado seria duas vezes maior do que em 1971 (ver referência 8).

pressão sobre o mercado também se dá independentemente de sua capacidade de absorção. Essa defasagem é apontada já em 1970, por Mário Chaves, quando considera que “os fatores que comandam a expansão do aparelho formador se encontram muitas vezes desligados dos fatores que comandam a expansão do aparelho utilizador”. Ainda que não se possa reduzir o problema a um aspecto meramente quantitativo, este certamente aponta para uma questão fundamental: estar-se-á formando um número excessivo de médicos?

Na realidade, esta é uma velha discussão. Já Alberto Torres, em artigo publicado a 23 de março de 1911, se refere à “inquietadora plethora de homens formados” como um dos males que corroem o organismo nacional (1).

Entretanto, ao se analisar atualmente o país como um todo, observa-se que a relação entre o número de profissionais e a população total encontra-se “bastante distanciada dos índices fixados internacionalmente como desejáveis”, na opinião de Donnangelo (2). Com efeito, apesar de o número de médicos ter aumentado sensivelmente na década de 70, não foi ainda atingida a proporção de 10 médicos para cada 10.000 habitantes, definida pelos técnicos como ideal.⁸

Para aprofundar essa questão, é indispensável, entretanto, refinar a análise por critérios regionais, já que o processo, longe de ser uniforme, é marcado por sensíveis desigualdades. Na opinião de Durmeval Trigueiro Mendes, diretor do Ensino Superior do Ministério de Educação e Cultura de 1962 a 1964, “são destituídas de sentido certas correlações estatísticas comumente estabelecidas em nosso país, fixando o nível ótimo do número de profissionais por setor à base de índices demográficos abstratamente considerados, isto é, sem a perspectiva das diferenças regionais” (9).

No caso dos profissionais da saúde, essas diferenças se expressam primordialmente na sua concentração em áreas urbano-industriais. Basta apontar o fato de que aproximadamente a metade dos médicos de todo o país se encontra no eixo Rio/S. Paulo.⁹ Essa concentração tem como causas imediatas tanto a própria expansão da rede escolar nestas áreas como

⁸O último dado de que dispomos, de acordo com o trabalho de E. Sacramento, indica que, em 1977, o número de médicos era de 80.532; se o compararmos à população total, esta atingia na época a cifra de 108.425.687 habitantes (Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílios, 1977, IBGE), o que significa que o número ideal de médicos deveria ser, neste ano 108.425, sensivelmente superior ao número real. Essa conclusão coincide com a do Prof. Carlos Marcílio de Souza—ver referência em Campos (1)—, que, trabalhando com dados referentes a anos anteriores, chega ao mesmo resultado.

⁹Essa proporção, citada por Donnangelo (*op. cit.*, p. 50) refere-se a dados de 1970, mas é provável que tenha até mesmo aumentado na última década.

também o deslocamento, para elas, de profissionais formados em outras regiões (2).

Na realidade, observa-se aqui um círculo vicioso: o crescimento da escola médica nas regiões Sudeste e Sul reforça as disparidades regionais mas, ao mesmo tempo, é causado por elas. Com efeito, são as regiões mais desenvolvidas as que concentram também, tanto em termos quantitativos quanto qualitativos, os recursos humanos, financeiros e tecnológicos, na área de saúde, e, portanto, são as que oferecem melhores condições para a criação e manutenção das escolas, como também as que mais atraem os profissionais recém-formados.¹⁰

Isso permite supor que, nessas regiões, continue existindo a situação “que tem sido definida pelos médicos que participam desses mercados como uma situação de pletora médica, a requerer drásticas medidas de redistribuição dos profissionais” (2). Seu resultado é o desemprego de profissionais, que parece ser crescente nos últimos anos, sobretudo na atual conjuntura de crise econômica. Em contrapartida, nas regiões menos favorecidas, observa-se uma trágica carência de profissionais da saúde, que se acentua nas zonas rurais.

Não se pretende, com esses aspectos quantitativos, uma análise de adequação entre oferta e demanda de recursos humanos. O que importa aqui é realçar a inserção da escola médica num contexto mais amplo. Sua problemática não se esgota nela mesma, mas só pode ser compreendida em função da organização da prática médica e do próprio contexto sócio-econômico no qual se integra. É nesse nível que, em última análise, se colocam as exigências e necessidades às quais a escola médica deve responder. Estas se redefinem num processo histórico, o que faz com que o papel da escola deva ser um motivo permanente de reflexão.

RESUMO

Instituído em 1808, o ensino médico no Brasil evoluiu e se transformou ao sabor da evolução e das mudanças por que passou a sociedade brasileira. As escolas médicas, pertencentes a princípio à esfera exclusiva do Estado, só no período 1931-60 começaram a atrair a iniciativa privada, responsável por seis das 19 escolas então criadas. Desde então, cresceu a im-

¹⁰Como indicação dessa concentração de recursos, basta lembrar que só a região Sudeste absorvia, em 1977, mais da metade (57,6%) do custo total da assistência médica oferecida pelo INPS. Ver referência (10).

portância do setor privado, registrando-se verdadeira “explosão” entre 1966 e 1970, quando, de 30 novas escolas médicas criadas, 25 estavam na área particular (hoje, de um total de 76 escolas, mais de metade pertence ao setor privado).

Assinalam os autores que a expansão das escolas e dos cursos médicos não eliminou o seu caráter seletivo, não diminuiu a importância das escolas ligadas ao poder público—que são ainda as maiores escolas—, nem garantiu uma qualidade satisfatória ao ensino ministrado pela rede privada.

Concentradas principalmente na região Sudeste, as escolas médicas favorecem as áreas industriais urbanas, e especialmente o eixo Rio-São Paulo (onde se concentra também a metade dos médicos de todo o país), e reforçam as disparidades regionais.

REFERÊNCIAS

- (1) Campos, F. E. *Integração docente-assistencial como prática da educação médica*. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 1980.
- (2) Donnagelo, M. C. F. *Medicina e Sociedade*. São Paulo, Pioneira, 1975.
- (3) Brasil. Ministério de Educação e Cultura. *O ensino médico no Brasil*. (Documento no. 1). 1971.
- (4) Fundação Oswaldo Cruz/FINEP. *Investigação nacional sobre o ensino da medicina preventiva*. Rio de Janeiro, 1977. mimeo.
- (5) Souza, Luiz Alberto Gómez. Universidade brasileira; crescimento para que e para quem? *Encontros com a civilização brasileira*. Rio de Janeiro (13), jul. 1979.
- (6) Cunha, Luiz Antonio. A expansão do ensino superior; causas e conseqüências. *Debate e crítica*. Rio de Janeiro (5), mar. 1975.
- (7) Mello, Carlos Gentile de. *Saúde e assistência médica no Brasil*. Rio de Janeiro, CEBES/HUCITEC, 1977.
- (8) Chavez, M. Análise do nascimento provável do número de médicos no Brasil; opções necessárias. In: *Reunião Anual da Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM)*. Curitiba, set. 1971.
- (9) Mendes, D. T. Expansão do Ensino Superior no País. *Documenta* (74), jun. 1967.
- (10) SINPAS, *Dataprev. O modelo previdenciário brasileiro*. Rio de Janeiro, 1978.

BIBLIOGRAFIA

- Andrade, J. Marco Conceptual de la educación médica en la América Latina. *Educa Méd Salud* 12 (1), 1978.
- Birman, J., e A. T. Pereira, *As relações entre o saber e a prática médica*. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 1976, mimeo.
- Cardoso, E. *Autoritarismo e Democratização*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1975.

Donnagelo, M. C. F., e L. Pereira. *Saúde e Sociedade*. Rio de Janeiro, Duas Cidades, 1976.

García, J. C. *La educación médica en la América Latina*. Washington, D.C. OPS, Publicación Científica No. 255, 1973.

Landmann, J. Os hospitais universitários e o convênio MEC/Previdência Social. *Rev Bras Med* 32 (3), mar. 1975.

Luz, M. T. *As instituições médicas no Brasil; instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

Sacramento, E. O universo profissional dos médicos. *Vida Médica*. Rio de Janeiro, Gross, jun./jul. 1978.

Tavares, M. C. *Da substituição de importações ao capitalismo financeiro*. Rio de Janeiro, Zahar, 1973.

Rodrigues Neto, E. Integração Docente Assistencial em Saúde. Tese de conclusão de Mestrado, Departamento de Medicina Preventiva, U.S.P., São Paulo, 1979.

NOTAS SOBRE LA EVOLUCION DE LA ESCUELA DE MEDICINA EN EL BRASIL (*Resumen*)

La enseñanza de la medicina en el Brasil, instituida en 1808, evolucionó y se transformó a la par de la evolución y de los cambios registrados por la sociedad brasileña. Las escuelas de medicina, que pertenecían al principio a la esfera exclusiva del estado, durante 1931-1960 comenzaron a atraer a la iniciativa privada, a cargo de seis de las 19 escuelas que se establecieron en ese período. Desde entonces aumentó la importancia del sector privado, registrándose una verdadera "explosión" entre 1966 y 1970, cuando, de 30 nuevas escuelas fundadas, 25 pertenecían al sector privado (actualmente, de un total de 76 escuelas, más de la mitad pertenecen a este sector).

Los autores señalan que la expansión de las escuelas y los cursos de medicina no eliminó su carácter selectivo, ni disminuyó la importancia de las escuelas vinculadas con el sector público—que aún son las escuelas más grandes—ni garantizó una calidad satisfactoria en la enseñanza impartida por el sector privado.

Concentradas principalmente en la región sudeste del país, las escuelas de medicina prefieren las zonas industriales urbanas, especialmente el eje Río-São Paulo (donde se concentra asimismo la mitad de los médicos de todo el país) e intensifican las disparidades regionales.

NOTES ON THE EVOLUTION OF THE MEDICAL SCHOOL IN BRAZIL (*Summary*)

Since its beginnings in 1808, medical instruction in Brazil has evolved and changed as Brazilian society has done. Medical schools, at first a concern of government alone, between 1931 and 1960 began to attract private enterprise, which established six of the 19 schools founded during those years. Since then the share of the private sector has grown, and there was a veritable explosion between 1966 and 1970, when 30 new medical schools were set up, 25 of them in the private sector (more than half of the total of 76 schools in operation today are in the private sector).

The authors note that the increase in the number of medical schools and courses has not made them less selective, diminished the importance of the government-operated schools—which are still the leading institutions—or made it more certain that the education imparted in the private schools is of satisfactory quality.

The medical schools are clustered chiefly in the southeast, and they are partial to the industrial urban setting, especially the Rio-São Paulo axis (where half of the country's physicians are concentrated), which makes for yet another severe imbalance among regions.

NOTES SUR L'ÉVOLUTION DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE AU BRÉSIL (*Résumé*)

Depuis ses débuts, en 1808, l'enseignement de la médecine au Brésil a évolué et changé au fur et à mesure de l'évolution et du changement de la société brésilienne. Les facultés de médecine, qui n'intéressaient d'abord que l'Etat, ont commencé entre 1931 et 1960 à attirer les entreprises privées, qui ont créé 6 des 19 facultés fondées pendant cette période. Depuis lors, la part du secteur privé a augmenté, et il s'est produit une véritable explosion entre 1966 et 1970, où 30 nouvelles facultés de médecine ont été créées, dont 25 dans le secteur privé (plus de la moitié du total des 76 facultés qui fonctionnent aujourd'hui appartiennent au secteur privé).

Les auteurs signalent que l'accroissement du nombre de facultés de médecine et de cours n'a pas rendu l'étude de la médecine moins sélective, ni diminué l'importance des écoles d'Etat - qui restent les principaux établissements - ni confirmé que l'enseignement dispensé dans les facultés privées soit de qualité satisfaisante.

Les facultés de médecine sont groupées principalement dans le sud-est du pays, et préfèrent l'environnement des villes industrielles, en particulier de l'axe Rio - São Paulo (où sont concentrées la moitié des médecins du pays) ce qui crée un autre grave déséquilibre entre les régions.

Un ensayo de investigación en la dimensión docente-asistencial en enfermería¹

ESPERANZA DE MONTERROSA²

INTRODUCCION

Siempre nos ha parecido una situación sin salida vincular la actividad asistencial a la docencia y mucho más la actividad investigativa a la docente-asistencial. Sin duda, la una y la otra no son posibles sin la garantía de ciertas condiciones tanto de la institución educativa como del docente. La institución debe considerar la labor asistencial como complemento sin el cual no puede darse una docencia de calidad, es decir, una docencia experimentada, y a su vez el docente tiene que estar dispuesto a aprovechar, en forma continua y por un lapso no inferior a un año, esa oportunidad de ser mejor docente y por ende mejor profesional.

La vinculación de la actividad investigativa a la tarea docente-asistencial deberá iniciarse, preferentemente, cuando en alguna forma se haya experimentado la etapa asistencial en la docencia, pues ese será el camino que facilitará el reconocimiento de las áreas problema y proporcionará, además, la base para la formulación de las soluciones prácticas y dentro del cual el método científico se constituye en un instrumento indispensable.

Las afirmaciones anteriores obedecen al proceso académico-administrativo puesto en práctica en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y que tuvo su origen en el replanteamiento del programa de pregrado de enfermería.

La justificación principal que, en realidad, llevó a la modificación del plan de estudios, concerniente al tema de este trabajo, fue la necesidad de determinar la relación de las áreas ambulatorias, las intrahospitalarias y las de investigación frente a las áreas clínicas en su totalidad.

Entre otras cosas, esto significó un cambio de actitud frente al nuevo enfoque del plan de estudios, cambio que aún se está produciendo; orientación de asignaturas hacia la atención primaria; búsqueda de campos de

¹Presentado al II Coloquio de Ciencia e Investigación en Enfermería, Bucaramanga, 12-14 de noviembre de 1981.

²Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

práctica que llenaran los requisitos de las nuevas orientaciones; preparación de docentes y puesta en marcha de actividades de prevención primaria y secundaria en programas específicos propios de los centros de salud, como por ejemplo, el control de las enfermedades de transmisión sexual y de la tuberculosis.

Debido a que el grado de desarrollo de esos programas no garantizaba las actividades de aprendizaje requeridas en el nuevo enfoque curricular, fue necesario que la Facultad ofreciera su colaboración de manera continua y por un tiempo no menor a un año a una Regional del Servicio de Salud de Bogotá, colaboración que se podrá prorrogar siempre que la evaluación resulte positiva para ambas partes.

El trabajo docente en salud comunitaria y la integración docente-asistencial que ha surgido como consecuencia de esa labor constituyen una experiencia académica muy buena y una gran oportunidad para identificar las posibilidades de investigación que se encuentran en estos servicios de salud.

Fue precisamente de esta manera como se inició la investigación en la prestación de servicios en una Regional de Salud. La asistencia que se proporciona coloca en estos casos al docente ante una fuente inagotable de información que en ningún momento puede ser desaprovechada.

Para este proyecto de investigación se contó con la asesoría inapreciable de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud. Como resultado de esa investigación se realizó un estudio descriptivo que tiene como propósito diseñar un modelo de vigilancia epidemiológica para las enfermedades de transmisión sexual. En su primera etapa, expone la situación general en Bogotá y en la Regional del estudio de este grupo de enfermedades transmisibles. Los funcionarios de salud de estos servicios prestan atención especial al tratamiento actual de esas enfermedades.

Las primeras actividades del proyecto, la elaboración y puesta a prueba del formulario para la encuesta a los funcionarios, coincidieron con la asesoría que dentro del trabajo docente debería darse a los estudiantes de pregrado en relación con la asignatura Metodología de la Investigación. En ese momento el grupo de estudiantes se encontraba revisando la bibliografía sobre los aspectos básicos de las enfermedades venéreas, y su deseo era realizar un pequeño trabajo sobre ese tema en grupos de "gamins".³ Esta circunstancia facilitó la propuesta de vincularse al proyecto, que fue totalmente aceptada.

³Término que se utiliza en Colombia para designar los niños callejeros que han abandonado el hogar.

Fue necesario establecer al respecto un período de tiempo para que el grupo pudiera conocer el proyecto y para adiestrarlo en el uso de los formularios, debido a que eran los propios estudiantes los que debían obtener la información correspondiente.

Terminada la etapa de trabajo de campo, se iniciaron las de manejo de la información y elaboración del informe, para las cuales se prestó asesoría. El trabajo que entregaron los estudiantes constituyó una primera aproximación al informe definitivo.

En todo momento se trató de adaptar las exigencias académicas a las necesidades del proyecto y viceversa. El resultado ha sido una maravillosa experiencia, si se tiene en cuenta lo que significa en beneficios para los estudiantes docentes, y se espera que también para el servicio.

Alrededor de esta sencilla experiencia de investigación surgida de la actividad docente-asistencial se pueden identificar los siguientes recursos obtenidos en el desarrollo del proyecto, que sirven para destacar los recursos que se encuentran disponibles y que indudablemente facilitan la labor de investigación.

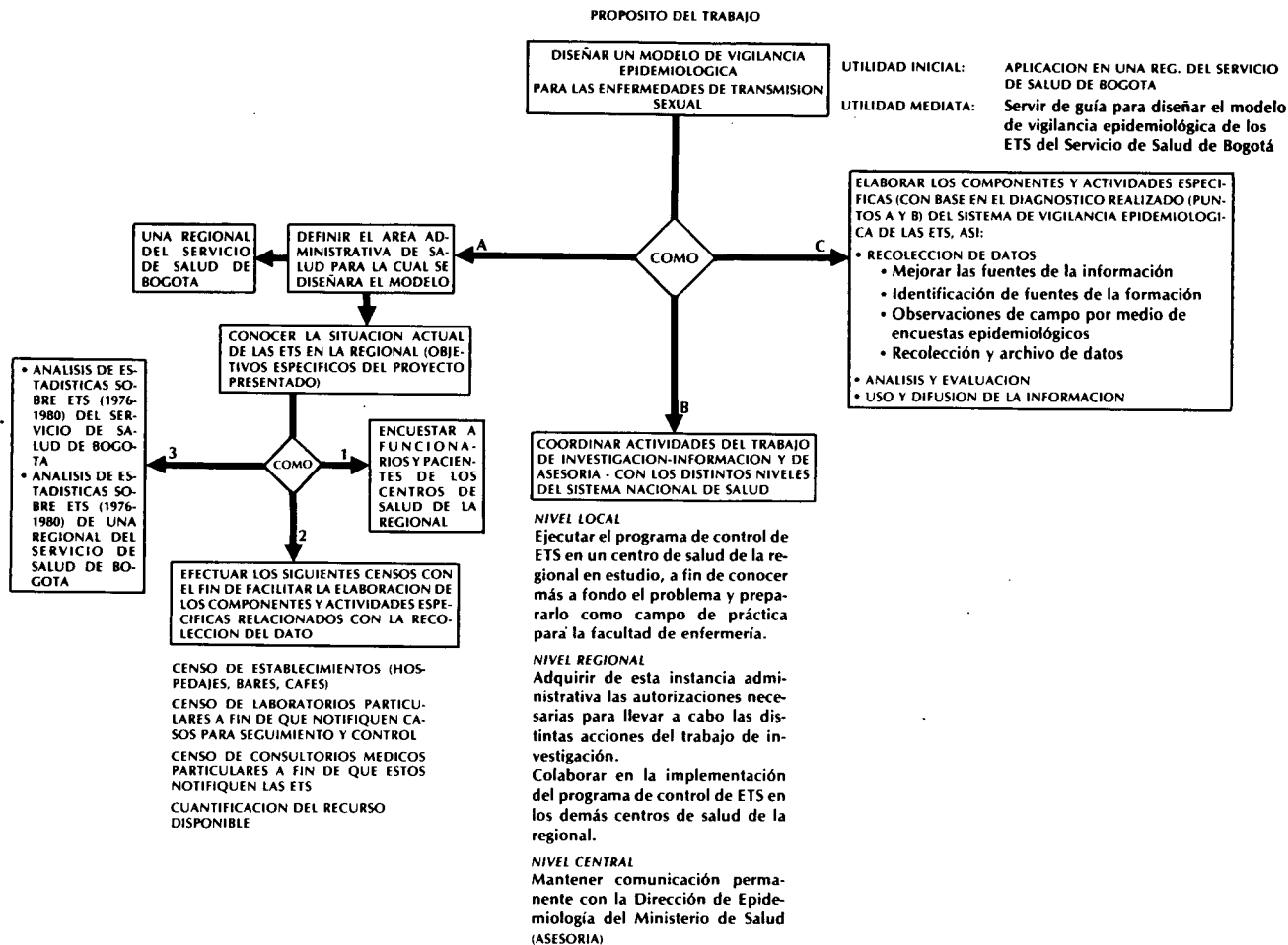
- Asesoría del Ministerio de Salud.
- Vinculación de estudiantes de pregrado.
- Financiación del Comité de Investigación y Desarrollo Científico de la Universidad Nacional.
- Colaboración del Departamento de Referencia Bibliográfica de la Biblioteca de la Universidad Nacional.
- Autorización de las Directivas Regionales de Salud.
- Respaldo académico de la Facultad de Enfermería.

Creemos pertinente asimismo destacar algunas de las condiciones que el docente y la institución académica deben tener presentes con miras a fomentar la investigación en la docencia en enfermería.

El docente tiene que:

- Estar dispuesto a hacer el ensayo asistencial.
- Detectar las áreas de investigación, que surgen más claramente de la experiencia asistencial.
- Determinar las necesidades de asesoría.
- Elaborar el proyecto de investigación.
- Conocer y hacer uso de los derechos que tiene para la labor investigativa; por ejemplo: desempeño académico, financiación y otros.
- Involucrar a los estudiantes en la investigación, teniendo en cuenta los reglamentos académicos y reconocer su trabajo.
- Tener disciplina en el trabajo.
- Responder ante las instancias administrativas por las concesiones otorgadas.

Figura 1. Esquema de investigación.



La institución docente debe:

- Definir políticas académicas y docentes relacionadas con investigación.
- Determinar la estructura investigativa de la facultad.
- Determinar la función investigativa: prioridades.
- Conceder y tramitar las solicitudes de los docentes respecto al apoyo que requieran en su labor investigativa.
 - Liberar al docente de tareas que le impidan cumplir con el programa de investigación establecido.
 - Determinar las acciones de control sobre las concesiones otorgadas a los docentes.

Los planteamientos anteriores ratifican y se basan en el criterio de que la experiencia de investigación que se adquiera y los resultados que se obtengan con ella serán más satisfactorios si se trabaja en el área de conocimiento y de competencia del docente. Con ellos se reconoce el apoyo que la asistencia otorga a la docencia y el beneficio tan grande que la investigación suministra a las dos.

En la figura 1 se presenta el esquema de investigación, donde se determinan el propósito y las actividades generales a realizar. En la actualidad ya existe un primer informe que da respuesta a los puntos A y B del esquema. El punto C será materia de un segundo informe que presentará el sistema de vigilancia epidemiológica para las enfermedades de transmisión sexual, o sea, el propósito del trabajo.

RESUMEN

El artículo intenta demostrar la importancia de realizar investigación en enfermería al señalar los recursos que están al alcance del docente tales como: vinculación a los servicios de salud, área de desempeño académico, colaboración de estudiantes, financiación y otros, dentro del marco docente-asistencial.

La nueva orientación del currículo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia (Bogotá) hace mayor hincapié en los aspectos de atención-curación y prevención, y busca, a través de las experiencias de aprendizaje, fomentar cambios en las actitudes de los estudiantes. Este cambio curricular creó la necesidad de realizar un estudio entre los estudiantes de la facultad, tendiente a detectar las actitudes hacia los aspectos atención-curación y prevención; por consiguiente, se elaboró un cuestionario de actitudes tendientes a determinar la afectividad positiva o negativa hacia estos aspectos.

Los resultados han demostrado que el 73,97% de los estudiantes de enfermería se siente satisfecho en la carrera elegida y tiene actitudes positivas hacia los aspectos atención-curación y prevención; no obstante, existen ciertas diferencias en relación con la prevención y se encontró que los estudiantes del tercer nivel tienen actitudes más positivas que los de los otros niveles.

Con los resultados del estudio se busca hacer un currículum más adecuado a esas circunstancias, que se espera redundará en un profesional de enfermería más acorde con las necesidades de salud del país.

BIBLIOGRAFIA

Acuña, H. R. Participación de la comunidad en el desarrollo de los servicios primarios de salud. *Bol Of Sanit Panam* 82(2):93-97, febrero de 1977.

Armstrong, M. E. Dying and life experiences of loss and gain: A proposed theory. *Nursing Forum* 14(1):95-104, 1975.

Das Granda, D. El concepto de comunidad y su relación con los programas de salud. *Educ Méd Salud* 2(3):205-219, 1977.

De Romano, G. I. Filosofía y profesión. Maracaibo, Venezuela, mayo de 1971 (mimeografiado).

Fugate, W., N. y A. Mandetta. Changes in students' knowledge and attitudes following a course in human sexuality: Report of a pilot study. *Nursing Research* 24(1):10-15, enero-febrero de 1975.

Glass, G., V. y J. Stanley. *Statistical Methods in Education and Psychology*. Nueva York, McGraw-Hill, 1972.

Hall, E. L. Enfermería - ¿cuál es su significado? *Bol Of Sanit Panam* 60(2):150-154, 1964.

Havens, E. A., E. M. Rogers y A. Lipman. *Medición en sociología: conceptos y métodos*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 1965.

Johnson, M. M., M. L. Davis y M. J. Bilithch. Patients' problems vs. nursing problems. En: *Problem-Solving in Nursing Practice*, Dubuque, Iowa, W. W. C. Brown Co. (Foundation of Nursing Series), 1975. Traducido por la Universidad Pontificia Javeriana, Bogotá.

Linn, L. S. Care vs. cure: How the nurse practitioner views the patient. *Nursing Outlook* 22(10):641-644, 1974.

Linn, L. S. Survey of the care-cure, attitudes of physicians, nurses and their students. *Nursing Forum* 14(2):642, 1975.

Lombana, C. Proyección de enfermería. Bogotá. Universidad Pontificia Javeriana, Departamento de Educación Continuada, 1971 (mimeografiado), pág. 5.

McDermitt, M. T. Análisis conceptual de la enfermería. *Educ Méd Salud* 7(1):1-15, 1973.

Nuckolls, K. B. Who decides what the nurse can do? *Nursing Outlook* 22(10):626-631, 1974.

Pearson, J. Attitudes of undergraduates to their courses. *Nursing Times* 71(20):783-785, 1975.

Remington, R. D. y M. Anthony Schork. *Estadística biométrica y sanitaria*. Madrid, Editorial Prentice-Hall International, 1974.

Robinson, L. We have no dying patients. *Nursing Outlook* 22(10):651-653, 1974.

Rokcach, M., y M. Brewster Smith. *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*. Tomo I. Bilbao, Editorial Aguilar, 1976.

Rolla, E. *Psicoterapia individual y grupal*. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1962.

Secard, P. F. y C. W. Beckman. *Psicología Social*. México. Editorial Libros McGraw Hill de México, 1976.

Triandis, H. C. *Actitudes y cambio de actitudes*. Barcelona, Editorial Toray, 1974, pág. 2.

Vaillot, M. C. Hope, the restoration of being. *Amer J Nurs* 70(2):6, 1970.

Young, K. y J. C. Jeugel y cols. *Psicología de las actitudes*. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1967, pág 71.

AN ATTEMPT AT RESEARCH IN THE TEACHING-CARE DIMENSION OF NURSING (*Summary*)

The article seeks to demonstrate the importance of research in nursing by drawing attention to the resources available to the teacher, such as links to health services, the area of academic performance, the collaboration of students, financing, and others in the teaching-care framework.

The new orientation of the curriculum of the Nursing School of the National University of Colombia (Bogotá) places more emphasis on aspects of care-cure and prevention, and seeks through learning experiences to foster changes in the attitudes of students. This shift in the curriculum generated the need for a study among the students in the school to detect attitudes toward the aspects of care-cure and prevention, and, consequently, a questionnaire was designed to elicit attitudes that tend to determine positive and negative affect toward these aspects.

The results show that 73.97% of nursing students are satisfied with the career they have chosen and have positive attitudes toward the aspects of care-cure and prevention. Nevertheless, there are some differences in relation to prevention, and it was found that third-year students have more positive attitudes than students at other levels.

The results of the study are being used in an attempt to better adjust the curriculum to these circumstances and thus produce nursing personnel who are more in keeping with the country's health needs.

UMA TENTATIVA DE PESQUISA DA DIMENSÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL EM ENFERMARIA (*Resumo*)

O artigo tenta demonstrar a importância de realizar pesquisas em enfermagem ao assinalar os recursos que estão ao alcance do docente, tais como: vinculação aos serviços de saúde, área de desempenho acadêmico, colaboração de estudantes, financiamento, e outros, dentro do quadro docente-assistencial.

A nova orientação do currículo da Faculdade de Enfermagem da Universidade Nacional do Colômbia (Bogotá) enfatiza mais os aspectos de atendimento, cura e prevenção, e busca, através das experiências de aprendizagem, fomentar mudanças nas atitudes dos estudantes. Essa alteração no currículo criou a necessidade de realizar um estudo entre os estudantes da faculdade, para detectar as atitudes face aos aspectos de atendimento, cura e prevenção; por conseguinte, elaborou-se um questionário para determinar a atitude positiva ou negativa frente a esses aspectos.

Os resultados demonstraram que 73,97% dos estudantes de enfermagem se sentem satisfeitos com a carreira escolhida e têm atitudes positivas em relação aos aspectos de atendimento, cura e prevenção; não obstante, existem certas diferenças no tocante à prevenção: verificou-se que os estudantes do terceiro nível têm atitudes mais positivas que os de outros níveis.

Com os resultados do estudo procura-se fazer um currículo mais adequado a essas circunstâncias e que, se espera, redundará em profissionais de enfermagem mais de acordo com as necessidades de saúde do país.

ESSAI DE RECHERCHE SUR LES ASPECTS FORMATION ET ASSISTANCE DES SOINS INFIRMIERS (*Résumé*)

Cet article s'efforce de démontrer la nécessité d'effectuer des recherches sur les soins infirmiers et de signaler les ressources qui sont à la disposition des formateurs, telles que ses liens avec les services de santé, l'enseignement universitaire, la collaboration avec les étudiants, le financement et d'autres aspects, dans le cadre formation-assistance.

La nouvelle orientation du programme de cours de la faculté de soins infirmiers de l'Université National de Colombie (Bogotá) accorde plus d'importance aux aspects relatifs aux soins-médecine curative et médecine préventive—et s'efforce, à travers les expériences de l'apprentissage, de promouvoir des changements dans les attitudes des étudiants. Ce changement d'orientation a créé la nécessité d'effectuer une étude sur les étudiants de la faculté, afin de déceler les attitudes envers les aspects curatifs et préventifs des soins. De ce fait a été élaboré un questionnaire de comportement afin de déterminer l'attitude positive ou négative envers ces aspects.

Les résultats ont démontré que 73,97% des étudiants en soins infirmiers se sentent satisfaits de la carrière qu'ils ont choisie et ont des attitudes positives envers les soins curatifs et préventifs; néanmoins, il existe certaines différences concernant la prévention, on a constaté que les étudiants de troisième année avaient des attitudes plus positives que ceux des autres années.

Sur la base des résultats de cette étude, on s'efforce d'élaborer un programme mieux adapté aux circonstances, qui devrait déboucher sur un personnel professionnel d'infirmier plus conforme aux besoins de santé du pays.

La enseñanza de la historia de la medicina en la formación del médico

ROBERTO SERPA-FLORES¹

INTRODUCCION

Desde hace años los educadores médicos han reconocido la necesidad de impartir al futuro médico una formación completa, es decir, biológica, clínica, social y humana, y donde estas dos últimas materias tengan toda la importancia que merecen. La persona que va a ejercer una profesión que implica el trato con seres humanos, que, además de ser organismos biológicos, son también seres sociales que actúan en un medio cultural e histórico determinado, debe adquirir una formación muy completa en todo sentido, con objeto de poder desempeñarse adecuadamente y desarrollar todas sus posibilidades como ser humano y como hombre culto. Sin embargo, a pesar de las recomendaciones que se han hecho en este sentido (1) y de todo lo expuesto en estudios teóricos al respecto (2-5) tenemos la impresión de que en la práctica es relativamente poco lo que se ha logrado. Algunos autores han escrito con mucho acierto sobre el humanismo en la formación del médico (6) y otros, recientemente han tratado el tema de la técnica, ciencia, arte y cultura como fundamentos de la formación que debe dar la Universidad (7). Sin embargo, cambiar los conceptos tradicionales de la enseñanza de la medicina encuentra en la práctica la resistencia ante las innovaciones que siempre se presenta en todos los campos de la actividad humana.

Desde hace tiempo he estado vinculado a una escuela de medicina que tiene unos 12 años de fundada y he desempeñado distintos cargos en ella (Decano, Director de Departamento, Miembro de Comités, Profesor). En la actualidad, formo parte del Comité Asesor de la Carrera de Medicina (Comité de Currículo) y participo activamente en un programa interesante y ambicioso trazado por las directivas de la Universidad y de la Facultad de Medicina, a fin de llevar a cabo una reforma curricular en la que se dé mucha importancia a los aspectos culturales y humanísticos en

¹ Profesor de Psiquiatría y de Historia de la Medicina y Miembro del Comité Asesor de la Carrera de Medicina, Facultad de Salud, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.

la formación de sus profesionales. Estas políticas educativas siguen las pautas dictadas por el Gobierno Nacional de la República de Colombia, codificadas en la Ley 80 de 1980 (Ley para la Reforma Universitaria).

LA HISTORIA SOCIAL DE LA MEDICINA COMO INSTRUMENTO FORMATIVO

La formación humanística se basa primordialmente en la adquisición de actitudes que permitan reconocer y apreciar valores. Por consiguiente, esta formación no puede limitarse al área cognoscitiva y memorística, ni puede ser una simple recopilación de información. Tampoco debe tener un enfoque tan crudamente pragmático como el que predomina en la enseñanza universitaria de este continente. La formación filosófica y la sensibilización del estudiante para la vivencia de esos valores son, a nuestro parecer, fundamentales. Para favorecer la adquisición de estas actitudes que den al futuro médico la capacidad de aprehender esos valores, de manera que sean ya una vivencia y pueda así enriquecer su personalidad, es preciso que las experiencias en que se basa el método de enseñanza-aprendizaje sean adecuadas a su objetivo y contribuyan a desarrollar el interés y la motivación del estudiante, poniéndolo en contacto con la cultura y las humanidades mediante el estudio vivo y participante de la historia social de su profesión, de la historia social de la medicina. No obstante, a fin de favorecer el interés y el método de enseñanza-aprendizaje, es indispensable diseñar metodologías que se basen, al menos parcialmente, en el campo de las experiencias del estudiante. Para ello es importante que la historia de la medicina se enseñe y se aprenda en los últimos años o niveles de la carrera, cuando el estudiante tenga más madurez de juicio y de criterio y haya estado expuesto al medio social hospitalario clínico, al medio social de las instituciones de salud pública y haya vivido unos años formativos como estudiante universitario.

OBJETIVO DE ESTE TRABAJO

En este trabajo presentamos nuestra experiencia, que es el resultado del trabajo teórico y práctico al frente de la Cátedra de Historia de la Medicina, una asignatura nueva, que a pesar de haber sido proyectada para comenzar en años anteriores, su programación tuvo que ser postergada debido a que no se contaba con un profesor con formación e interés para

hacerse cargo de ella. Por esta razón los primeros grupos de alumnos fueron muy numerosos, lo que si bien representaba, por una parte, un serio inconveniente para la enseñanza, constituía por otra un desafío para el profesor que debió ingeniarse en busca de metodologías que facilitaran el aprendizaje y despertaran la motivación de los estudiantes que podrían ver en la historia de la medicina una materia sin importancia práctica y con pocos puntos, lo que predispone al estudiante a descuidar o rechazar las asignaturas que tienen estas características.

Informaremos sobre los objetivos, contenidos y metodologías utilizados para favorecer el método de enseñanza-aprendizaje y también sobre las evaluaciones que se emplearon. Finalmente, buscaremos una aproximación en relación con la medida del interés y motivación de los estudiantes; para ello utilizaremos como instrumentos de medida los cuestionarios que se emplean en nuestra universidad para evaluar al profesor, la materia o asignatura y la forma como se imparte la enseñanza. Solo usaremos algunas de las preguntas del cuestionario de evaluación.

CARACTERISTICAS DE NUESTRO CURSO DE HISTORIA DE LA MEDICINA

Esta materia se ofrece a los estudiantes a partir del octavo nivel de la carrera de medicina, es decir, cuando ya están bastante adelantados en el área clínica y han tenido oportunidad de vivir experiencias de aprendizaje en los hospitales y otras instituciones de salud, o sea, cuando han tenido experiencias interpersonales con pacientes y sus familias.

Para matricularse en el curso de Historia de la Medicina se requieren los siguientes *requisitos académicos*: haber terminado el ciclo básico médico; haber aprobado todas las materias hasta el quinto nivel inclusive; haber aprobado los niveles sexto y séptimo (correspondientes a Medicina Interna y Pediatría) y estar matriculado en las Clínicas de Cirugía y Gineco-obstetricia.

Los propósitos del curso son: completar los objetivos generales de la carrera de medicina en la formación del médico, facilitando la incorporación del nuevo médico en un contexto histórico-científico en evolución.

Los objetivos educacionales (específicos del aprendizaje) son: que el estudiante sea capaz de a) analizar la función del médico en un contexto sociocultural; b) valorar la importancia del método científico en el desarrollo de la ciencia médica; c) identificar y valorar la importancia de los factores socioculturales en la evolución y desarrollo de su profesión a tra-

vés de la historia humana, y d) apreciar las manifestaciones superiores de la cultura y de disfrutarlas, o que al menos adquiriera la motivación que le permita desarrollar esa capacidad de captar y sentir los valores de la cultura por medio de su autoformación.

Estos objetivos están dirigidos no a hacer un curso meramente informativo sino un curso formativo, que esté orientado principalmente hacia el área afectiva, buscando más las actitudes que las destrezas o información; en cuanto a la ejecución de las experiencias del método de enseñanza-aprendizaje en estas asignaturas, son reducidas; no obstante, se fomentan las discusiones de grupo y los seminarios, que cuentan con una activa participación.

El contenido de la enseñanza está basado en el paradigma o marco de referencia de la Historia Social de la Medicina expuestos por Sigerist (8) y por Foucault (9) con sus concepciones sobre el método de la medicalización y lo que él llama "arqueología de la medicina". Pero también se tienen en cuenta orientaciones de otros historiadores de la medicina muy famosos, como Garrison (10) y Laín Entralgo (11).

UNIDADES DE ENSEÑANZA

Las unidades de enseñanza son las siguientes:

Unidad uno: La historia, la medicina y el hombre. Modelos de historia de la medicina. (Tradicionalista, sociocultural, estructuralista-arqueológica, medicalización.)

Unidad dos: Aspectos sociales y culturales de la Historia de la Medicina, épocas precientíficas, la medicina en la antigüedad, en la Edad Media, en el Renacimiento y a principios de la Edad Moderna.

Unidad tres: Aspectos sociales y culturales de la Historia de la Medicina (finales del siglo XVIII, siglos XIX y XX), época de la medicina científica.

Unidad cuatro: La praxis médica en los siglos XIX y XX. Casos clínicos e historias clínicas de la época.

Unidad cinco: La práctica de la medicina según los sistemas sociales. Medicina feudal, capitalista, socialista y socializada.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

Las actividades de aprendizaje comprenden conferencias magistrales con ayudas audiovisuales seguidas de discusión; seminarios sobre temas de historia de la medicina (personajes, épocas o áreas) escogidos y presen-

tados por los estudiantes; "casos clínico-patológico-históricos" en los cuales se leen historias clínicas de pacientes del siglo XIX y XX, se discuten y luego se leen las autopsias (son historias clínicas de personajes famosos); taller o simposio sobre la medicina en los distintos sistemas sociales en el que se presentan guías de discusión a los estudiantes y después de ser debatidas, se leen en una reunión de todo el grupo.

EVALUACION DE LA MATERIA

La evaluación se basa en actividades de participación de los alumnos, los seminarios, grupos de discusión, participación en los "casos clínico-patológico-históricos"; un porcentaje pequeño de la evaluación se destina al área cognoscitiva: se solicita que contesten a cuestionarios con información general sobre datos de historia de la medicina que cualquier médico culto o medianamente informado debe conocer.

MEDIDA DE LA MOTIVACION DE LOS ESTUDIANTES Y SU INTERES

Al terminar el curso, o en las últimas semanas del mismo, se entrega a los estudiantes para que los llenen, unos formularios que utilizamos semestralmente en la universidad con objeto de mejorar la calidad de la docencia. Contienen algunas preguntas que nos proporcionan información interesante respecto a la motivación de los estudiantes y a su interés en la materia.

Los cuestionarios se llenan casi siempre después de que se han realizado las pruebas de evaluación (exámenes) y son anónimos (véase cuestionario adjunto).

En la figura 1 se indican los datos correspondientes a los dos semestres de 1981, obtenidos con alumnos de VIII y IX nivel de la carrera de medicina (semestres de rotación por Cirugía y Ginecoobstetricia, respectivamente.) El primer semestre contaba con 40 alumnos y el segundo semestre con 22. Como se puede observar por el análisis de las cifras, se ha obtenido un interés notable del estudiante por la historia de la medicina y los estudiantes en su mayoría la encuentran muy útil para su formación profesional. Esto parece estar en correlación con las actividades durante la clase y la participación del alumno en clase.

Cuestionario

Instrucciones: A continuación usted encontrará una serie de frases que califican varios aspectos de este curso con el objeto de mejorar la calidad de la docencia. Después de leerlos y compararlos bien, marque con una X el número que crea más apropiado. La calificación más alta es 10 y la más baja 0, con nueve graduaciones entre ellas.

El cuestionario es totalmente anónimo. Por lo tanto no escriba en él, excepto si usted desea hacer observaciones. Los resultados serán únicamente para el mejoramiento de la enseñanza; responda con el mayor grado de franqueza y objetividad.

A continuación se muestran los temas de interés para nuestra finalidad (temas 7, 8, 14 y 15).

7. Actividades durante la clase:

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
Durante la clase el profesor utiliza actividades variadas para lograr aprendizaje.				Algunas veces el profesor utiliza actividades variadas para lograr aprendizaje.				El profesor no utiliza actividades variadas para lograr aprendizaje.		

8. Participación del alumno en clase:

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
El profesor propicia la participación del estudiante durante la clase.				El profesor algunas veces propicia la participación del estudiante durante la clase.				El profesor no propicia la participación del estudiante durante la clase.		

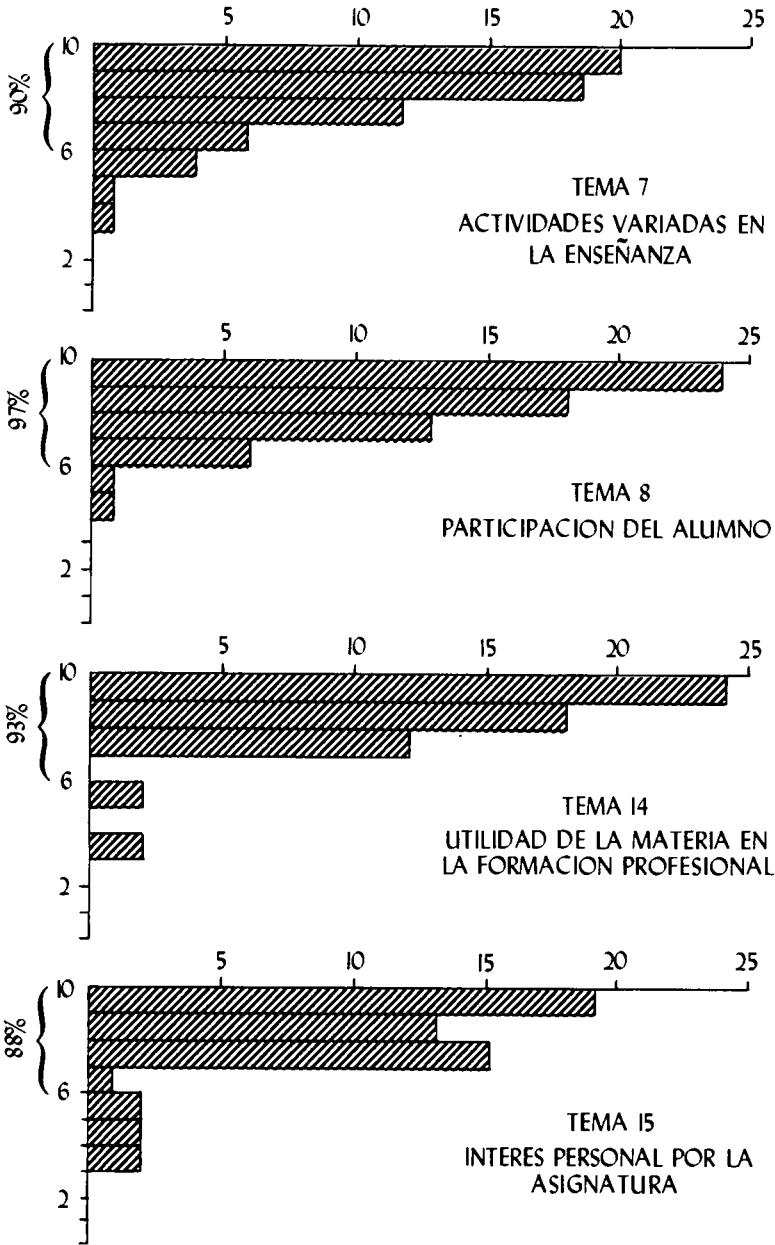
14. Utilidad de la materia en la formación profesional:

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
Esta materia me parece muy útil para mi formación profesional.				Esta materia me parece poco útil para mi formación profesional.				Esta materia me parece inútil para mi formación profesional.		

15. Interés personal por la asignatura:

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
He puesto mucho interés en esta materia.				He puesto algún interés en esta materia.				No he puesto interés en esta materia.		

Figura 1. Medida de actividades, participación, intereses y valoración, encuesta de 62 estudiantes, 1981.



CONCLUSIONES

Después de la experiencia, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

- La historia social de la medicina es un medio muy eficaz para despertar actitudes y crear valores en el futuro médico.
- Las actividades durante la clase y la participación de los estudiantes son parte fundamental de la metodología utilizada.
- El interés de la materia está relacionado directamente tanto con el contenido como con el método pedagógico utilizado.

RESUMEN

En la educación del futuro médico es muy importante favorecer la adquisición de actitudes que lo lleven a estar consciente de los valores de la cultura y a la formación de una concepción del mundo; en una palabra: humanismo. La historia social de la medicina es una disciplina muy apropiada para despertar estas actitudes y sensibilizar hacia estos valores.

El autor presenta su experiencia en la enseñanza-aprendizaje de la historia de la medicina, con objetivos dirigidos principalmente a crear actitudes positivas hacia los valores culturales y humanísticos, y con metodologías pedagógicas orientadas hacia dichos objetivos. Se utilizaron las encuestas de estudiantes realizadas en los cursos de 1981, y se analizaron los resultados de algunas de las preguntas de las encuestas, es decir, medida del interés personal del estudiante en la asignatura y criterio del estudiante sobre la utilidad de esta materia en la formación profesional; además, se correlacionaron estos dos parámetros con las actividades durante la clase y la participación de los alumnos en ella.

REFERENCIAS

- (1) Asociación Colombiana de Facultades (Escuelas) de Medicina. *Seminario sobre la enseñanza de las ciencias sociales y del comportamiento en las facultades de medicina*. Medellín, Noviembre 12-14, 1974. Bogotá, ASCOFAME, 1975.
- (2) García, J. C. Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. *Educ Méd Salud* 5(2):130-150, 1971.
- (3) Machado de Palacios, Y. La enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. *Educ Méd Salud* 5(4):297-322, 1971.
- (4) Las ciencias sociales y la enseñanza de la medicina. *Crónica de la OMS* 24(7):511-514, 1970.

(5) Aspectos teóricos de las ciencias sociales aplicadas a la medicina. *Educ Méd Salud* 8(4):354-359, 1974.

(6) Orgaz, J. *El humanismo en la formación del médico*. Buenos Aires, Editorial Lozada, 1977.

(7) De Zubiría, Ramón. Técnica, arte, ciencia y cultura. En: Asociación Colombiana de Universidades (ASCUN) e Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES). *Simposio Permanente sobre la Universidad*. Primer Simposio General, Bogotá, 1981-1982.

(8) Sigerist, H. E. *Historia y sociología de la medicina*. Henry E. Sigerist. *Selecciones*. Editado y traducido por el Dr. Gustavo Molina. Bogotá, Editorial Guadalupe, 1974.

(9) Organización Panamericana de la Salud. *Medicina e historia—El pensamiento de Michel Foucault*. Washington, D.C., 1978.

(10) Garrison, F. *Historia de la medicina; cronología y datos bibliográficos*, 4ª ed. México, Editorial Interamericana, 1966.

(11) Laín Entralgo, P. *Historia de la medicina*. Barcelona, Salvat, 1978.

THE TEACHING OF THE HISTORY OF MEDICINE IN THE EDUCATION OF THE PHYSICIAN (*Summary*)

In the education of the future physician, it is very important to favor the acquisition of attitudes which lead to the awakening of cultural values and to form a conception of the world; in short: humanism. The social history of medicine is a very appropriate discipline to awaken these attitudes and to sensitize them toward these values.

The author presents his experience in the teaching-learning of the history of medicine, with objectives principally directed to create positive attitudes toward cultural and humanistic values, and with pedagogic methodologies oriented toward said objectives. Using the inquiries of students made during the 1981 courses, the results of some questions were analyzed and measured according to the personal interest of the student toward the assignment, and the student's opinion about the utility of this subject in professional education; these two parameters were correlated with class activities and the student's participation.

O ENSINO DA HISTÓRIA DA MEDICINA NA FORMAÇÃO DO MÉDICO (*Resumo*)

Na formação do futuro médico, é muito importante favorecer a aquisição de atitudes que despertem os valores culturais e formem uma concepção do mundo;

em suma: humanismo. A história social da medicina é uma disciplina muito apropriada para despertar essas atitudes e sensibilizar em relação a esses valores.

O autor apresenta sua experiência no ensino-aprendizado da História da Medicina, com objetivos relacionados principalmente à criação de atitudes positivas para com os valores culturais e humanistas e metodologias pedagógicas orientadas no sentido desses objetivos. Utilizaram-se pesquisas feitas junto a estudantes dos cursos de 1981; os resultados de algumas questões são analisados e avaliados com base no interesse pessoal do estudante nessa disciplina e na opinião do estudante sobre a utilidade dessa matéria na formação profissional, e esses dois parâmetros são relacionados com as atividades durante a classe e a participação do estudante.

L'ENSEIGNEMENT DE L'HISTOIRE DE LA MEDECINE DANS LA FORMATION DU MEDECIN (*Résumé*)

Dans la formation du futur médecin il est très important de favoriser l'acquisition d'attitudes qui conduisent à l'expérience des valeurs de la culture et à se former une conception du monde; en un mot: l'humanisme. L'histoire sociale de la médecine est une discipline adéquate pour éveiller ces attitudes et sensibiliser à ces valeurs.

L'auteur présente son expérience d'enseignement de l'histoire de la médecine avec des objectifs principalement orientés pour créer des attitudes positives envers les valeurs culturelles et l'humanisme avec des processus méthodologiques pour atteindre ces objectifs. Il utilise ici les enquêtes faites aux étudiants des cours de 1981 et analyse les résultats de certaines questions: mesure de l'intérêt personnel de l'étudiant envers la matière et le critère de l'étudiant sur l'utilité de cette matière dans la formation professionnelle; il met aussi en rapport ces deux paramètres avec les activités réalisées pendant la classe et la participation des étudiants.

Reseñas

TALLER SOBRE LA ENSEÑANZA DE LA ADMINISTRACION EN LOS PROGRAMAS DE ENFERMERIA

El Taller se celebró en Panamá, del 18 al 22 de abril de 1982, con los 39 participantes que se mencionan en el Apéndice 1. Fue otro de los talleres que la OPS ha venido organizando como parte del Programa de Educación en Administración en Salud, con la colaboración de la Fundación W. K. Kellogg.

El propósito de la reunión fue: analizar la práctica y la enseñanza de la administración en enfermería con el fin de identificar temas de discusión, problemas e innovaciones que permitan sugerir orientaciones para la enseñanza, selección, preparación y difusión de material bibliográfico y para el desarrollo de proyectos o planes de acción que fortalezcan este campo.

Los objetivos específicos fueron:

1. Intercambiar experiencias entre enfermeras de docencia y servicio de diferentes países de la Región sobre la enseñanza y la práctica de la administración de servicios de enfermería.

2. Proponer a las instituciones docentes de enfermería de América Latina nuevas orientaciones sobre la enseñanza de la administración en los programas de pregrado en enfermería, en programas de posgrado interdisciplinarios y posgrados de enfermería.

3. Proponer a las instituciones docentes y servicios de salud criterios que orienten la organización y desarrollo de programas de educación continua en enfermería.

4. Seleccionar material bibliográfico para la enseñanza de la administración en enfermería.

5. Proponer mecanismos para la producción, recopilación y difusión sistemática de material bibliográfico sobre administración en enfermería en los países de América Latina.

Para cumplir los objetivos propuestos, los 39 participantes se organizaron para trabajar en tres grupos:

Grupo A: Enseñanza de la administración en los programas de pregrado en enfermería.

Grupo B: La educación continua en administración en enfermería.

Grupo C: Enseñanza de la administración en los programas de posgrado en enfermería.

Los grupos se integraron de tal manera que se lograra una adecuada representación y distribución de los participantes por el país de procedencia, la experiencia en la prestación de servicios y en la docencia de cada una de las modalidades de enseñanza. La mayor parte del taller se desarrolló por medio de trabajo de grupos y las sesiones plenarias se programaron con el propósito de dar información sobre la metodología del taller, y compartir experiencias sobre la práctica y la enseñanza de la administración en enfermería en cada uno de los países de los participantes. Se dedicaron varias sesiones a presentar consideraciones generales sobre la práctica y enseñanza de la administración en enfermería e informar

FE DE ERRATA

Educación médica y salud, Vol. 17, No. 4 (1983)

En la página 433, primera línea del primer párrafo, debe decir:

18 al 22 de abril de 1983

sobre los progresos de los trabajos de grupo. La sesión final se destinó a la formulación de recomendaciones generales, hacer observaciones y la evaluación del evento.

Durante la reunión se destacó que las acciones que se emprenden en materia de capacitación en administración en los programas de pregrado, posgrado y educación continua en enfermería, son una respuesta a la incuestionable necesidad de preparar al personal de salud no solamente sobre los aspectos técnicos y científicos que se requieren para dar la atención de salud, sino sobre el conjunto global de principios y técnicas de gestión y administración del sistema que asegure el logro exitoso de las metas propuestas.

Una revisión de los documentos de la Organización Mundial de la Salud aparecidos en la serie "Salud para todos"¹ pone en evidencia que los recursos humanos de salud deben capacitarse sobre todos los aspectos conceptuales y fundamentos de la atención primaria de salud; los principios básicos para la formulación de estrategias y la puesta en marcha de la estrategia de salud para todos; la preparación de indicadores, el proceso de gestión, la evaluación de los programas de salud, la elaboración de planes de acción y planes de trabajo, lo cual demanda una sólida formación en el campo de la administración.

El enfoque de este taller, a pesar de tener un desarrollo por profesiones, es interdisciplinario y cubre toda la estructura formal de capacitación en el pregrado, el posgrado y la educación continua, integrando los componentes esenciales de investigación, información bibliográfica y coordinación docente asistencial. Con el mejoramiento de la enseñanza de la administración en los programas académicos para la formación de enfermería, médicos y administradores de salud, se espera dotar a los servicios de salud con un equipo base de administradores que aseguren una infraestructura logística para mejorar la atención de salud y alcanzar la meta social propuesta.

Consideraciones generales sobre la administración en enfermería

La administración eficiente de los servicios de enfermería mantiene un ambiente favorable para desarrollar prácticas de atención de enfermería de calidad, que a la vez contribuyan con mayor efectividad en la calidad de la atención de salud. La administración en enfermería es una síntesis de las dos disciplinas, la enfermería y la administración; las dos se interrelacionan para lograr sus metas. Las metas de enfermería son fines en sí mismos y tienen primacía; las metas de la administración son instrumentales, es decir, representan un medio para lograr los fines primarios de la enfermería. En otras palabras, las metas de la adminis-

¹Véase, en relación con el tema de la administración de salud, *Proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud—Normas fundamentales*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Serie Salud para Todos, No. 5, 1981.

tración no se pierden o ignoran, sino se constituyen en medios para lograr los objetivos de la atención de enfermería.²

Esta reflexión explica por qué la enfermera administradora necesita poseer conocimientos actualizados y profundos sobre la enfermería y sobre la administración y sus fines respectivos, para que, como consecuencia, la enfermera administradora pueda cumplir con mayor eficiencia y propiedad sus responsabilidades de dirigente de la atención de enfermería y de gerente del servicio.³

Lo antes expresado se amplía con los planteamientos de Stevens⁴ sobre los factores que influyen en las metas formales e informales de la administración del servicio de enfermería:

1. La visión de avanzada que posea la enfermera administradora sobre la práctica clínica/comunitaria.

2. El contexto de la situación de la división de enfermería: la naturaleza y las características del ambiente físico y social, la naturaleza y el nivel de la práctica de enfermería.

3. La eficacia y la efectividad con que se aplican los valores, los objetivos y las técnicas de administración para movilizar el servicio de enfermería hacia la excelencia en la práctica clínica/comunitaria.

En resumen, para que la enfermera administradora pueda ejercer liderazgo en el logro de las metas de enfermería, necesita mostrar una visión de avanzada de la práctica profesional y efectividad como administradora.

Sin embargo, solo recientemente se comienza a tener claridad sobre la naturaleza de la administración y su interrelación con la práctica de la enfermería. Durante los dos últimos decenios, la enseñanza y la práctica de la administración en enfermería constituyeron una materia de grandes controversias, primordialmente por la confusión y los conceptos errados existentes acerca de su significado y aplicación, lo cual se reflejó en diferentes situaciones, tales como las siguientes:

1. Críticas al sistema educativo de enfermería por dar mayor énfasis a la formación de la enfermera como administradora en detrimento de la preparación para el papel clínico que la equipara con habilidades para dar atención directa de enfermería a la persona, familia y comunidad.

2. La calificación que se dio de "funciones administrativas" a las labores de mantenimiento, de secretaría, de manejo de personal y administración doméstica que tradicionalmente había desempeñado la enfermera.

3. El propósito expresado en la urgente necesidad de movilizar al profesional de enfermería para retomar las funciones de atención directa al individuo y la familia.

4. Los cambios operados en los servicios para liberar a la enfermera de las "tareas administrativas", las cuales se pasaron a auxiliares de servicios, secretarios o auxiliares de administración de las unidades.

5. Los cambios en la orientación del currículo para la formación de profesionales de enfermería, dando mayor énfasis a la preparación para el desempeño clínico, en detrimento de la preparación en administración.

²Stevens, Barbara. *The Nurse Executive*, Wakefield, Nursing Resources, Inc., 1980, pág. xvi.

³*Ibid.*, pág. xiii.

⁴*Ibid.*, pág. 55.

6. Notable disminución en los programas de posgrado y educación continua en administración de servicios de enfermería.

Las situaciones enumeradas reflejan análisis parciales para decisiones tomadas sobre la práctica y la enseñanza de la administración. Si bien es cierto que la enfermera ha logrado progresos satisfactorios en su formación clínica, se ha visto afectada por la deficiente capacitación para las funciones de administración en la enfermería, pues es evidente que para ejercer con eficiencia las funciones de atención directa de enfermería, se requiere la complementación y el apoyo de las habilidades administrativas.

La enfermera administradora puede desempeñar con propiedad el papel de agente integrador de las actividades de atención de salud que realiza el equipo interdisciplinario. Tal vez este sea un papel más realista y aceptado que el aspirado tradicionalmente de coordinador o de líder.

De lo anterior se pueden inferir algunas orientaciones básicas para la práctica, la enseñanza y la investigación en la administración en enfermería.

1. En la *práctica* se debe clarificar la naturaleza de la enfermería, la naturaleza de la administración, sus interrelaciones, propósitos y ámbitos de acción. Las responsabilidades de la enfermera administradora se centran en aquellos asuntos en los cuales participa, tanto en su estudio como en la toma de decisiones. No puede continuar respondiendo plenamente de aquellas materias en las cuales otros han decidido sin su participación. El papel del administrador de enfermería demanda ética, responsabilidad, rendimiento de cuentas, conocimientos y habilidades actualizadas.

2. En la *educación y en la práctica*, la administración de servicios de enfermería se orienta sobre procesos y no solo sobre técnicas y procedimientos o cumplimiento de tareas y rutinas. El proceso de enfermería y el proceso administrativo se apoyan entre sí en las diferentes fases. Por lo tanto, la enseñanza de la administración en enfermería cambia el aprendizaje de procedimientos por el aprendizaje de procesos. Los enfoques teóricos de enfermería y los enfoques teóricos generales de la administración y las ciencias sociales alimentan los diferentes procesos que emplea la enfermera en su práctica: la comunicación, la planificación para el cambio, toma de decisiones, solución de problemas, manejo de conflictos, liderazgo y otros. A través de estos procesos fundamentados en enfoques teóricos, la enfermera administradora desarrolla seguridad, creatividad, autocontrol para su trabajo individual y en equipo interdisciplinario.

3. La *práctica, la enseñanza y la investigación* en el campo de la administración son procesos que deben integrarse, pues se nutren y refuerzan unos a otros. La práctica y la enseñanza no progresan sin investigación, y constituyen a la vez su objeto y sujeto. La interdisciplinariedad e interprofesionalidad en la práctica, en la docencia y en la investigación permiten a la enfermera una mejor comprensión de su papel, desarrollar habilidades y tomar iniciativas que mejoren el ejercicio profesional. La enfermera a la vez logra que otros profesionales conozcan mejor su papel y se afiance el trabajo coordinado del grupo o equipo. Es fundamental hacer esfuerzos para que la teoría se integre a la práctica, que en esta predomine la aplicación de procesos y que los servicios de enfermería se administren como parte de un servicio o sistema social, teniendo en cuenta todos los factores y fuerzas internas y externas que condicionan su funcionamiento. Con este fin se debe orientar la formación de la enfermera administradora hacia la aplicación de la administración estratégica y los procesos de gestión.

Para reorientar la capacitación de la enfermera en administración es necesario revisar y precisar: 1) la naturaleza y el objetivo de la administración y de la en-

fermería; 2) el contenido, los procesos y la fundamentación teórica de la administración y la enfermería, y 3) el método y las interrelaciones de las disciplinas de enfermería y administración.

Áreas críticas en la enseñanza de la administración en enfermería

Problemas generales. Surgen de factores exógenos y factores endógenos que influyen la práctica de enfermería. Los primeros se refieren a las políticas y normas del sistema social, de salud y educación, y los segundos dependen de la propia naturaleza y estado actual de desarrollo de la disciplina de enfermería:

1. Necesidad de reafirmar el papel social de la práctica de la enfermería y dentro de este su función administrativa, con el fin de definir con mayor precisión el perfil ocupacional del profesional de enfermería que debe preparar el sistema educativo.
2. Limitada participación de los profesionales de enfermería en la toma de decisiones y en los procesos normativos y de dirección de las instituciones de salud.
3. Distanciamiento cada vez mayor entre el paradigma de enfermería que se enseña y los modelos de la práctica; se hace necesario fortalecer la coordinación entre los sectores docente y asistencial.
4. Incoherencia entre las políticas de formación, cualitativas y cuantitativas, y las políticas de empleo del profesional de enfermería.
5. Proliferación del personal auxiliar de salud y creciente delegación de actividades de enfermería a este personal, con el subsiguiente menoscabo de la organización y de la calidad de los servicios de salud.
6. Los modelos de prestación de servicios de salud adolecen de inconsistencias en la ubicación de los servicios de enfermería, su responsabilidad, metas y procesos.
7. Escaso desarrollo de sistemas de atención de enfermería en los cuales se aplique consistentemente el proceso de enfermería, los modelos y teorías que caracterizan su naturaleza.
8. La estructura rígida y tradicional de los servicios de enfermería no permiten introducir, con la celeridad esperada, los cambios científicos y tecnológicos que ocurren en enfermería, en la administración y otras disciplinas. Además, no permiten al alumno y al recién egresado aplicar los conocimientos y habilidades que obtiene durante su formación.
9. Concentración en el sector docente de enfermería de las mejores oportunidades para el desarrollo científico y profesional.

Áreas críticas específicas en la enseñanza de la administración en el pregrado de enfermería

1. La organización y las normas existentes en los servicios de salud no permiten al profesional de enfermería utilizar al máximo su preparación en administración y su capacidad de liderazgo y de agente integrador de las acciones de salud.
2. Las políticas orientadas a proveer servicios de atención de salud dentro de limitaciones de recursos técnicos y financieros afectan la calidad del desempeño profesional y presentan un reto constante al administrador de servicios de enfermería.
3. La actitud competitiva laboral entre el grupo profesional médico y de enfermería, el grupo auxiliar de enfermería y de otros profesionales, técnicos y auxiliares de salud crean

situaciones conflictivas en el desempeño del papel administrativo de la enfermera y su ámbito de competencia.

4. Falta comprensión del papel administrativo del profesional de enfermería, su interrelación con el papel asistencial y su diferencia con el desempeño de tareas secretariales, de mantenimiento y manejo de personal.

Áreas críticas específicas en la enseñanza de la administración en el posgrado

1. Escasez de personal docente de enfermería capacitado para la enseñanza de la administración a nivel de posgrado.
2. A excepción de los cargos para la docencia universitaria, en la descripción de los cargos y funciones en los servicios de salud no se tiene ubicado al egresado de los programas de posgrados en administración de servicios de enfermería.
3. La enseñanza y la metodología de la enseñanza de posgrado en enfermería, tanto en administración como en otras áreas, es poco flexible y limita al estudiante en su aprendizaje y en la posibilidad de continuar el trabajo y el estudio.
4. Deficiente infraestructura investigativa en administración de salud y de servicios de enfermería para los programas de posgrado.
5. Falta tradición investigativa y financiamiento para la investigación en el campo de la enfermería, que sirva de soporte a la educación de posgrado.
6. Confusión en la naturaleza académica, objetivos, orientación curricular y utilización de los egresados de los cursos posbásicos y de los programas de posgrado en administración en enfermería. Se debe unificar en la Región la definición, los requisitos y el valor académico de los títulos de posgrado: especialista y magister, y establecer la diferencia con los cursos posbásicos.
7. Escasas fuentes de financiamiento para los profesionales de enfermería que aspiran ingresar a los programas de posgrado en administración y en otras áreas.
8. Escasez de literatura en español sobre administración de servicios de enfermería. Especialmente es aguda la falta de publicaciones periódicas o revistas sobre esta materia y disciplinas afines, que sirvan de referencia para estudios de posgrado.

Áreas críticas específicas en la educación continua en administración de servicios de enfermería

1. Necesidad de establecer programas de educación continua en administración para docentes y enfermeras de servicios de acuerdo con un diagnóstico de necesidades y utilizando diferentes metodologías de enseñanza.
2. Promover la organización y ejecución de programas de educación continua en administración para grupos interprofesionales e intersectoriales que trabajan en salud, para enfermeras y otros profesionales que ocupan cargos en los diferentes niveles jerárquicos.
3. Utilización de diferentes tecnologías educativas en la educación continua en administración, que permitan incrementar la cobertura de personal y hacer accesibles estas oportunidades, tanto en costos como geográficamente.
4. Se necesitan programas de educación continua en administración en enfermería a diferentes niveles, para enfermeras en cargos ejecutivos, para cargos de nivel intermedio y para puestos iniciales en administración de servicios de enfermería.
5. Promover educación continua sobre administración y proceso de gestión en relación con las estrategias actuales de atención de salud.

6. Fortalecer, a través de la educación continua en administración, la organización, coordinación y dirección de los servicios de enfermería en los niveles normativo y operativo.

7. Necesidad de desarrollar mecanismos más efectivos de coordinación docente-asistencial por medio de la educación continua en administración de servicios de enfermería y programas docentes.

Enseñanza de la administración en el pregrado de enfermería

Marco de referencia. La enseñanza de la administración en el pregrado de enfermería tiene como marco de referencia la realidad política, social y el sistema de organización de la atención de salud en el país; es decir, tiene el mismo marco de referencia que se sigue para orientar la preparación del profesional de enfermería.

La enseñanza de la administración, al igual que la enseñanza de la enfermería, de la cual forma parte, ha trascendido el ámbito hospitalario que predominó por varias décadas para encajar en el sistema social donde tiene que actuar el profesional. Por lo tanto, su contenido y experiencias abarcan la administración de la atención de enfermería y la administración de los servicios, dentro de un contexto integrador hospital-comunidad.

Se determinaron los siguientes lineamientos generales para la enseñanza de la administración:

1. La función administrativa del profesional de la enfermería es parte integral del proceso de atención de salud y de atención de enfermería.

2. La función administrativa la desempeña el profesional de la enfermería dentro de un contexto social, interdisciplinario e intersectorial.

3. Los conocimientos y el desarrollo de las habilidades intelectuales en el campo de la administración permiten al profesional de la enfermería establecer y mantener la infraestructura de apoyo y el ambiente conducente para dar atención de enfermería segura y atención de salud de calidad.

4. La función administrativa del profesional de la enfermería contribuye al cumplimiento de las metas nacionales de atención de salud y a mantener los estándares de calidad en la atención de salud.

5. La enseñanza de la administración se da como un elemento constitutivo de la práctica de la enfermería, tanto en la atención directa al individuo, la familia y la comunidad como en la organización y dirección de los programas y los servicios de salud.

6. El profesional de la enfermería aplica los conocimientos y habilidades para el desempeño del papel administrativo en forma progresiva de niveles de menor complejidad a otros de mayor complejidad.

Propósito. Desarrollar actitudes y habilidades en la aplicación del proceso administrativo en el desarrollo de planes y programas del sistema nacional de salud, en la solución de los problemas de atención de salud en el área hospitalaria y ambulatoria, demostrando capacidad de liderazgo y para el trabajo interdisciplinario, en un sistema de salud regionalizado.

Objetivo general. Desarrollar la capacidad de liderazgo por medio de la habilidad para aplicar el proceso administrativo y el proceso de solución de problemas de

salud de la comunidad y de las personas, como también frente a los problemas administrativos de los servicios hospitalarios y ambulatorios.

Objetivos específicos

1. Desempeñar el papel de administrador de los servicios de enfermería dentro de un contexto social, de trabajo interdisciplinario e intersectorial con la participación comunitaria.
2. Demostrar en su desempeño como administrador de los servicios de enfermería la aplicación de principios éticos y de respeto por los derechos de las personas y de la comunidad.
3. Tomar decisiones técnico-administrativas en la planificación, ejecución y evaluación de los planes y programas de atención de enfermería y de salud, de acuerdo con las metas establecidas a corto, mediano y largo plazo.
4. Dirigir el equipo de enfermería o el de salud con miras a dar atención integral a las personas y al medio ambiente.
5. Promover y ejecutar programas de desarrollo de personal para mantener la motivación, la excelencia en su desempeño y asegurar el cumplimiento de las metas de atención de enfermería y de salud.
6. Participar y realizar investigaciones operativas en el campo de la administración con el fin de promover el mejoramiento de los servicios de enfermería y su adecuación a los adelantos científicos y tecnológicos.
7. Establecer el ambiente y las condiciones necesarias para mantener la seguridad de quienes reciben atención de enfermería y para facilitar la docencia y el desarrollo de la investigación.

Contenido. El contenido del programa se deriva de los objetivos que se espera lograr y del perfil ocupacional que se defina para el profesional de la enfermería en el país. De acuerdo con el marco general de referencia adoptado y los objetivos enunciados, se proponen los siguientes temas o unidades de instrucción:

1. La organización y el cambio social. El proceso de cambio social.
2. Tendencias en la organización de los sistemas y servicios de salud.
3. Tendencias actuales en la formación y en la administración de los recursos humanos de salud.
4. La organización de enfermería dentro del sistema o servicio de salud.
5. Factores condicionantes de la organización de los servicios de salud y de enfermería: políticas de salud, legislación, políticas de educación, financiamiento.
6. Legislación laboral y de ejercicio profesional.
7. Fundamentos teóricos de la administración. Marco conceptual. Teorías y enfoques de la administración.
8. El proceso administrativo.
9. Procesos: cambio planeado, toma de decisiones, solución de problemas, proceso de enfermería, comunicación, manejo de conflictos, clasificación de pacientes, auditoría, control de calidad y otros.
10. Supervisión, evaluación y control.
11. Dirección y desarrollo de personal.
12. Aplicación del método científico, el método epidemiológico y el proceso de enfermería en la administración.

Metodología. La metodología para la enseñanza de la administración en enfermería promoverá la participación activa del alumno: estudio independiente, aná-

lisis de referencias bibliográficas, estudio de casos o de situaciones. Se asegura la aplicación inmediata de la teoría en la práctica, bien sea en situaciones de administración simuladas o en situaciones reales en diferentes tipos de organización y entidades de salud.

El aprendizaje de la administración se realiza en un medio conducente al desarrollo de la capacidad analítica, elaboración de juicios, trabajo cooperativo de grupo, compromiso individual con el servicio que administra. Fomenta la responsabilidad por su aprendizaje y demostración de las habilidades cognoscitivas fundamentales para desempeñarse como administrador de la atención de enfermería y de los servicios.

Evaluación. Se da mayor importancia a la evaluación formativa. Se fundamenta en el logro de los comportamientos o desempeño esperado en la práctica. Los resultados finales constituyen la evaluación sumativa.

En la enseñanza de la administración en enfermería, la asesoría y la orientación desempeñan un papel fundamental para dar asistencia individualizada al alumno durante su aprendizaje.

En el cuadro 1 se presenta una propuesta de organización del programa para la enseñanza de la administración en el pregrado en enfermería.

Enseñanza de la administración en programas de educación continua

Marco de referencia. La educación continua en enfermería, como en otras profesiones, tiene su razón de ser en los continuos cambios que ocurren en la práctica y en el desarrollo y progreso de la ciencia y tecnología, con los cuales debe manejarse el profesional para mantener su eficiencia en el desempeño. La educación continua ofrece actualización y reorientación en un proceso continuo y sistemático de aprendizaje de nuevos conocimientos y habilidades y ayuda a superar deficiencias y los efectos del problema psicofisiológico del olvido.

Se propuso el siguiente concepto general: proceso formal de actualización y de aprendizaje de nuevos conocimientos teóricos y prácticos, secuente en tiempo, en espacio y con un objetivo definido de mantener los niveles de excelencia en la atención de salud y de enfermería.

Este proceso es imprescindible para mantener el desarrollo del personal profesional después de su formación básica o de pregrado y de la preparación de posgrado. Es conveniente visualizar la educación continua como un proceso integral, dinámico y participativo que se desarrolla atendiendo las necesidades individuales y las del equipo humano de salud.

Propósito. Está de acuerdo con las necesidades de actualización de los profesionales de enfermería de cada país, sus compromisos con los planes nacionales y las estrategias del sistema de salud, y las prioridades de desarrollo del propio sistema de enfermería.

Objetivo. El objetivo guarda concordancia con las demandas de actualización, perfeccionamiento y especialización del grupo profesional para responder a las

Cuadro 1. Propuesta de programa para la enseñanza de la administración en el pregrado en enfermería.

Marco conceptual	Objetivos	Contenido	Metodología
Realidad política	1. Desempeñar el papel de administrador de los servicios de enfermería dentro de un contexto social, de trabajo interdisciplinario e intersectorial, con la participación de la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • El proceso de cambio social La comunidad como origen y recurso para el cambio El cambio planeado 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesa redonda con participación de líderes de la comunidad comprometidos con el proceso de cambio
Realidad social			
Sistema de salud	2. Demostrar en su desempeño como administrador de los servicios de enfermería la aplicación de principios de ética y de respeto por los derechos de la persona y la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • La Declaración Universal de los Derechos del Hombre y la salud. Declaraciones de derechos humanos (de la mujer, del niño, del anciano, del enfermo y otros) • Tendencias actuales en la prestación de servicios, en la formación y administración de los recursos humanos • Estructura organizativa del sistema de salud: políticas, estrategias, metas, normas, programas, vs. necesidades de salud de la comunidad • Estructura organizativa del servicio de enfermería dentro del sistema de salud • Legislación social, laboral y del ejercicio de las profesiones de salud • El equipo interdisciplinario, la ubicación y papel de enfermería • Los fines de la administración • Atributos del buen administrador 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudio dirigido de grupo para análisis de documentos sobre los derechos de la persona • Panel con la participación de administradores de servicio y de docencia • Conferencias por el personal de los servicios de salud • Entrevistas a personas seleccionadas que ocupan cargos de diferentes niveles jerárquicos del sistema de salud • Trabajo de grupos para análisis de políticas, meta, normas • Trabajo de grupo para análisis de documentos sobre legislación • Foro con personal de los servicios de salud y de otros sectores sociales • Conferencia de un administrador de salud • Aplicar el método científico para analizar los atributos del administrador. Revisar investigaciones realizadas
Servicios integrales de salud: comunitarios y hospitalarios			
Niveles de prevención en la atención de salud			
Servicios regionalizados de atención de salud			
Interdisciplinaridad e intersectorialidad en la atención de salud			

Cuadro 1 (Continuación).

Marco conceptual	Objetivos	Contenido	Metodología
	3. Tomar decisiones tecnicoadministrativas en la planeación, ejecución y programación de atención de enfermería y de salud, de acuerdo con las metas establecidas a corto, mediano y largo plazo	<ul style="list-style-type: none"> • El proceso administrativo: <ul style="list-style-type: none"> -Concepto de administración. Su evolución -Tendencias actuales en la administración -Teoría de sistemas. Otras teorías de administración -Administración por objetivos -Administración estratégica • Método de solución de problemas • Proceso de toma de decisiones • Etapas del proceso administrativo: <ul style="list-style-type: none"> -El proceso y las etapas de planeación -La organización: estructura -Dotación de personal -Sistemas de clasificación de pacientes • Normas y procedimientos • Organización de la atención de la persona, usuario de un servicio de salud • Dirección: principios y conceptos • Coordinación, comunicación, motivación, asesoría • Supervisión: principios y conceptos • Evaluación: principios y conceptos (evaluación de calidad, de rendimiento de personal) 	<ul style="list-style-type: none"> • Conferencias • Análisis de referencias bibliográficas • Seminarios • Práctica sobre administración de un servicio o unidad de salud, comunitaria y hospitalaria, de menor complejidad. El alumno realiza el diagnóstico de la situación de salud del área, elabora un plan y ejecuta actividades con criterio de prioridad. Hace evaluación • Trabajo con el grupo interprofesional para planear la atención de salud para una comunidad • Realizar un proyecto orientado a definir las formas de dirección del equipo de enfermería y de los trabajadores de la comunidad, en la ejecución de los programas prioritarios de atención de salud • Aplicación del proceso de enfermería y del proceso administrativo en la atención de la persona y comunidad • Aplicación de principios y métodos para la atención progresiva y continuada de salud

Cuadro 1 (Continuación).

Marco conceptual	Objetivos	Contenido	Metodología
	4. Dirigir el equipo de enfermería o el grupo de salud, con miras a ofrecer atención integral a las personas y al medio ambiente	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones interpersonales en el trabajo • Estilos de liderazgo • Autoridad y poder • Motivación en el trabajo • Comunicación y relaciones interpersonales • Conflictos, manejo de los conflictos • La dirección y motivación para el cambio 	<ul style="list-style-type: none"> • Conferencias • Trabajo de grupos para discusión de referencias y análisis de situaciones • Dinámica de grupos • Simulaciones • Cine foro • Dramatizaciones
	5. Promover y ejecutar programas de desarrollo de personal para mantener la motivación, la excelencia en el desempeño y asegurar el cumplimiento de las metas de atención de enfermería y de atención de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar metodologías para la identificación de las necesidades de desarrollo de personal, en función de su área de trabajo, recursos disponibles en la institución y en la comunidad • Planificación y desarrollo de programas de educación en servicio a nivel de institución, en unidades hospitalarias, ambulatorias y comunitarias • Técnicas de motivación <ul style="list-style-type: none"> -Participación en el grupo de trabajo (equipo) para la toma de decisiones -Reconocimiento de logros y potencial del personal -La supervisión como proceso de apoyo y orientación del personal en su trabajo • Evaluación del personal (autoevaluación, métodos de evaluación directa e indirecta, indicadores de modificación de comportamientos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Conferencias • Seminarios • Ejercicios prácticos para el manejo de conflictos o ejercicios de simulación • Práctica: aplicación de métodos para la identificación de necesidades de desarrollo del personal • Práctica: ejecución de actividades de educación continuada con personal del hospital o servicios ambulatorios. • Práctica: aplicación de técnicas de motivación • Práctica: aplicación de métodos de autoevaluación en los programas de desarrollo de personal • Práctica: análisis de los programas de bienestar del personal de salud

Cuadro 1 (Continuación).

Marco conceptual	Objetivos	Contenido	Metodología
		<ul style="list-style-type: none"> • Registro de personal • El programa de bienestar del personal (salud ocupacional, cultural-recreacional, derechos laborales del personal, recursos para este programa) 	
	6. Participar y realizar investigaciones operativas en el campo de la administración, con el fin de promover el mejoramiento de los servicios de enfermería y su adecuación a los adelantos científicos y tecnológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación del proceso de enfermería en la identificación y solución de problemas de salud • Aplicación del método científico en la solución de los problemas relacionados con la atención de salud • Aplicación del método epidemiológico en la prevención, análisis y solución de problemas de salud • Selección y estudio de áreas críticas en la administración de la atención de enfermería: <ul style="list-style-type: none"> -Control de calidad -Infecciones intrahospitalarias -Interrelaciones entre los trabajadores de salud -Trabajo del equipo de salud y del grupo de enfermería -Eficacia de la atención de salud prestada por profesionales, auxiliares, agentes y personas de la comunidad -Delegación de funciones • Metodologías para la evaluación de la atención de salud y de enfermería: <ul style="list-style-type: none"> -Estándares de calidad -Criterios/indicadores de calidad, estructura, proceso, resultados -Auditoría 	<ul style="list-style-type: none"> • Conferencias • Seminarios • Trabajo de grupo: para análisis de áreas críticas • Diseño de una investigación en un área crítica seleccionada • Análisis de resultados de investigaciones sobre un área crítica seleccionada • Aplicación de estándares, criterios e indicadores para evaluar la calidad de la atención de salud • Aplicación de un sistema de auditoría en enfermería

exigencias de los planes y programas de atención de salud a nivel institucional, regional y nacional.

Objetivos generales

1. Reorientar al profesional de enfermería en su papel de administrador de los servicios de enfermería para contribuir al logro de la meta de salud para todos en el año 2000.
2. Desarrollar habilidades en el análisis y aplicación del proceso de solución de problemas y toma de decisiones para introducir los cambios necesarios, a fin de lograr una óptima utilización de recursos y calidad en la atención de salud.
3. Capacitar al profesional de enfermería para actuar como agente coordinador e integrador de las acciones de salud, en el equipo de enfermería y en el grupo de trabajo interdisciplinario, con el fin de asegurar la calidad de la atención de salud desde el punto de vista humano, técnico y ético.
4. Promover aptitudes para generar nuevos conocimientos e innovaciones en los servicios de salud y de enfermería a través de la práctica experta, la investigación operativa, la docencia y asesoría.

Contenidos y metodología. Se relacionan con los objetivos específicos que se determinen para cada una de las actividades de educación continua que se programen a nivel institucional, nacional o regional.

La educación continua está dirigida a adultos, quienes poseen diferentes características para el aprendizaje. Los alumnos provienen de diversos tipos y calidades de programas educativos y se han expuesto a diversas experiencias de trabajo durante períodos de tiempo también diferentes. Estos hechos crean condiciones especiales que se deben tener en cuenta en la planificación de los programas, además de los intereses y expectativas individuales, de grupos y de las instituciones.

El alumno adulto, a diferencia del alumno párvulo o adolescente, tiene intereses más definidos y busca en la educación continua un aprendizaje relacionado con la realidad, que tenga aplicación inmediata y que sea una propuesta de solución a situaciones que viven en el trabajo. Del análisis que hizo el grupo de estas situaciones, surgieron las siguientes consideraciones:

1. Los programas de educación continua en enfermería se basan en una redefinición del perfil ocupacional del profesional de enfermería, acorde con las demandas del plan nacional de salud y las estrategias adoptadas para alcanzar la salud para todos en el año 2000. Promueven la actualización y profundización de los conocimientos y las habilidades que impone el avance constante de la ciencia y tecnología.
2. En el diseño y ejecución de los programas de educación continua se aplican los principios fundamentales de la educación para adultos. Se emplean, además de las metodologías convencionales, la reciente tecnología educativa que promueve el autoaprendizaje y la enseñanza a distancia, que favorecen el desarrollo integral del trabajador, no limitando su actualización solamente al campo técnico.
3. La educación continua se desarrolla para grupos profesionales e interprofesionales, tomando en consideración las necesidades individuales y de grupo, institucionales y gremiales. En administración en salud y en enfermería tiene especial utilidad la educación continua en grupos interprofesionales por el hecho reconocido de la multicausalidad de los problemas en este campo, y la necesidad de acciones coordinadas de varios profesionales para su solución.

Enseñanza de la administración en el posgrado de enfermería

Marco de referencia. Los estudios de posgrado en administración deben seguirse ofreciendo en las dos modalidades: interdisciplinario sobre administración de salud y orientados unidisciplinariamente sobre administración de servicio de enfermería. Para las dos formas de organización académica y curricular se propone un marco de referencia que guarda concordancia con la naturaleza misma de la educación de posgrado en general, y con el papel del egresado en los servicios de salud, en la docencia y en la investigación.

Propósito. El objetivo general de los estudios de posgrado es formar al profesional de enfermería como administrador del cambio, que cuente con las capacidades y habilidades necesarias para actuar como agente de transformación, integración y estabilización con el fin de mejorar los servicios de salud.

La formación en estudios de posgrado va más allá del incremento y profundización de conocimientos: pretende lograr el cambio y transformación de actitudes en el profesional, que se reflejen en un desempeño eficiente, eficaz y efectivo en el sistema de salud.

Características de los posgrados de enfermería en administración. Los programas académicos que confieren un título son los estudios de posgrado en la modalidad de especialización, magister y doctorado.

Los cursos posbásicos en administración no confieren título académico sino una certificación de estudios y a ellos acceden igualmente enfermeros generales o con título básico universitario.

Las características de los estudios de posgrado se relacionan con las condiciones para la admisión, la naturaleza, la organización del currículo y los requisitos de grado.

Los estudios de posgrado en enfermería se ajustan a las mismas exigencias de ingreso y requisitos de graduación de los estudios de este nivel en las demás disciplinas en la universidad. Para el ingreso se exige, además del concurso de pruebas de conocimiento o aptitudes, la acreditación del título universitario de profesional en enfermería (Licenciatura o Enfermería Universitaria).

La orientación del currículo en forma interdisciplinaria o solamente dentro del contexto de enfermería trae una que otra ventaja que vale la pena analizar en cada país o institución, antes de iniciar un programa. De todas maneras, ambos deben llenar la condición de contar con una adecuada infraestructura para la investigación, y recursos docentes altamente calificados, con preparación igual o superior a la modalidad del programa que se proyecte ofrecer.

Los programas de posgrado interdisciplinarios permiten al profesional de la enfermería integrarse mejor al equipo de salud, le ayudan a definir su papel en el equipo interdisciplinario de administración y promueven el conocimiento de la enfermería entre otras profesiones. Además, permiten racionalizar los recursos disponibles para la enseñanza de la administración en un país o institución. Por otra parte, profundizan en el estudio de la disciplina de administración y desa-

rollan la investigación interdisciplinaria, la cual es útil para resolver los problemas de la administración en salud.

Los programas de posgrado en administración diseñados específicamente para profesionales de la enfermería, aunque no se favorecen de las ventajas de la práctica interprofesional, deben mantener un enfoque interdisciplinario en las áreas de estudios. Permiten la profundización en las áreas de conocimiento de la enfermería, lo cual lleva a precisar las prácticas administrativas relacionadas con su propia naturaleza y ampliar el contexto de la práctica.

Objetivos para los programas de posgrado. Los objetivos están orientados a desarrollar habilidades para elaborar el diagnóstico de la situación de salud, del contexto institucional e individual para diseñar y asegurar la ejecución de planes y programas y evaluar los resultados, demostrar actitud y sólida formación como investigador, compromiso con el mejoramiento del servicio de enfermería, habilidad para la docencia, la asesoría y consultoría dentro de parámetros científicos.

Objetivos sobre el diagnóstico del contexto. El egresado del programa será capaz de:

1. Describir la situación de salud del país y analizar los factores políticos, económicos y sociales que afectan el estado de salud y los sistemas de atención, a nivel mundial y nacional.
2. Analizar los aspectos sociales y estructurales que influyen en la atención de enfermería y en la organización de los servicios.
3. Manejar el componente de enfermería dentro del contexto del servicio de salud y del sistema social.
4. Programar alternativas de solución de las situaciones críticas presentes, con la mejor utilización de los recursos técnicos, humanos y financieros disponibles.

Objetivos sobre el diagnóstico institucional

1. Elaborar los planes y programas que garanticen un adecuado funcionamiento de la atención de salud y de enfermería que se brinda a nivel institucional.
2. Aplicar el método científico para contribuir en la formulación y comprobación de teorías, como base para el mejoramiento de la gestión administrativa.
3. Aplicar las teorías de administración y proponer innovaciones en la organización institucional y en las prácticas de administración, conducentes a mejorar la atención de salud y de enfermería.
4. Manejar las técnicas, métodos y estrategias del cambio para mejorar el comportamiento administrativo a nivel individual e institucional.

Objetivos sobre evaluación de resultados.

1. Evaluar los resultados del proceso y de la gestión administrativa en términos de eficacia, eficiencia y efectividad.
2. Demostrar actitud, como investigador, de compromiso con el mejoramiento del servicio y atención de enfermería y de ética en el desempeño profesional.

Contenido, metodología y evaluación. Las recomendaciones sobre estas variables del plan de estudios presentan a los programadores una orientación general sobre el enfoque del contenido, el cual deberá organizarse atendiendo los principios de secuencia, correlación y progresión, de acuerdo con la filosofía de la universidad y los objetivos del programa.

El contenido para el área de análisis epidemiológico, social, situacional y financiero se ofrecerá a través de disciplinas tales como epidemiología, economía, control de costos, demografía, técnicas cuantitativas y cualitativas, ciencias sociales, teorías de enfermería, estadística y bioestadística.

El contenido que orienta el área de formación como elemento integrador del sistema se desarrolla a través del trabajo en equipo, habilidades para el liderazgo, gerencia de crisis, manejo de conflictos y mantenimiento de la motivación. Contribuyen disciplinas sobre comportamiento organizacional, teoría organizacional, administración estratégica, administración en salud, administración de recursos humanos, administración en enfermería.

La formación como elemento estabilizador se desarrolla a través de experiencias de aprendizaje relacionadas con investigación en salud, de servicios de salud, docencia, asesoría, consultoría, lo cual requiere contenidos de la disciplina de planificación y evaluación de sistemas de salud y de enfermería, mercadotecnia, normatización, sistemas de información, tecnología educativa.

Metodología y evaluación. La metodología para la enseñanza en el posgrado tiene características dinámicas, está centrada en el interés de los alumnos y estimula sus potencialidades de creatividad y responsabilidad por el aprendizaje.

Se emplean con mayor frecuencia las técnicas y métodos de autoaprendizaje, estudio independiente, trabajos de grupo, elaboración de proyectos, contratos de aprendizaje y otros similares.

La evaluación es más formativa que sumativa y se fundamenta en la valoración de los resultados del aprendizaje y alcance de los objetivos que demuestren el desarrollo de actitudes y habilidad para aplicar conocimientos.

La evaluación es un proceso integral que abarca al alumno, el contenido metodológico y la organización del currículo, el profesorado y los recursos existentes y el impacto del programa en los servicios de salud y en la sociedad donde trabaja el egresado.

De acuerdo con este proceso de la evaluación, se tomarán como punto de partida los criterios de selección, la calidad de experiencias de enseñanza a las cuales se expone el alumno, el proceso en su aprendizaje y las habilidades que demuestra en su desempeño final en términos del marco conceptual del programa de formación.

El plan de estudios se evalúa en sus objetivos, contenidos, recursos y dinámica en el desarrollo y los resultados medidos de acuerdo con la eficiencia, eficacia y efectividad del desempeño de los egresados. Se emplean diferentes metodologías y técnicas tales como seguimiento de egresados, encuestas de opinión, cambios alcanzados en la calidad de los servicios de atención de salud.

Consideraciones generales sobre los estudios de posgrado en administración

Apertura de programas. Frente a los limitados recursos existentes en los países y en la Región para el desarrollo de programas de graduados en administración de salud y administración de servicios de enfermería, es necesario evitar la apertura

competitiva de programas y promover mecanismos de intercambio y cooperación.

Docentes y metodología

1. Hacer previsiones para obtener metas de preparación del profesorado, en número suficiente y con las calidades adecuadas para dar orientación individualizada basada en el conocimiento del alumno y su problemática especial para hacer transferencia e integración de conocimientos de las diferentes disciplinas.
2. La actitud del docente de posgrado permitirá el establecimiento de una relación interpersonal profesional con el alumno, conducente al intercambio de experiencias y conocimientos que permita el mutuo crecimiento profesional.
3. Desarrollar una metodología de enseñanza apropiada para estudios de posgrado que fomente la participación activa y responsable del alumno y afiance la formación de las actitudes investigativas, éticas y de servicio profesional.
4. En los estudios de posgrado la investigación se constituye en una dinámica permanente del aprendizaje y la enseñanza. La tesis de grado es solo una consecuencia de esta actividad. Por esta razón, la unidad docente de enfermería contará con líneas de investigación en las cuales los alumnos se integran para aprender investigando con los profesores responsables de su desarrollo.
5. Una función fundamental del coordinador del programa, de los tutores y profesoras enfermeras de posgrado es la de actuar como facilitadores para la integración de conocimientos de otras disciplinas a través del desarrollo de ejemplos, estudios de casos y elaboración de proyectos con los profesores de esas áreas o disciplinas.
6. Es esencial proveer mecanismos para la educación continua de los profesores de posgrado, no solo para actualizar conocimientos en las disciplinas de la especialidad, sino para desarrollar habilidad en el manejo de metodologías de enseñanza, en investigación y para el fortalecimiento de las actitudes que favorecen el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Currículo

1. La naturaleza de los estudios de posgrado exige flexibilidad curricular que tenga en cuenta los intereses individuales y necesidades de aprendizaje de los alumnos. Esto puede lograrse de acuerdo con los recursos existentes en la universidad por medio de asignaturas electivas, o a través de seminarios, prácticas opcionales o adicionales y dentro del componente investigativo.
2. Las unidades docentes de posgrado deben tener en cuenta la heterogeneidad de conocimientos y experiencias de los aspirantes a los posgrados. Por esta razón deben establecerse requisitos mínimos de entrada que aseguren el éxito académico y ofrecer alternativas a los candidatos, bien sea por medio de cursos de nivelación, de actualización, cursos introductorios u otros mecanismos disponibles.
3. Los programas de posgrado en otras áreas de enfermería deben incluir un componente de administración de servicios y de la atención de enfermería, con una orientación similar a la propuesta, aunque con diferente grado de profundidad.

En el cuadro 2 se presenta un esquema con una propuesta de elementos orientadores para el plan de estudios de posgrado en administración en enfermería.

Cuadro 2. Propuesta de elementos orientadores para los programas de enseñanza de la administración en el posgrado en enfermería.

Marco conceptual	Objetivos	Procesos	Disciplinas y materias	Metodología	Requisito de grado
Administrador de cambio	Diagnósticos (contexto, institución, individual)	Análisis (epidemiológico, social, de la situación, financiero)	Investigación operativa <ul style="list-style-type: none"> • Epidemiología • Economía • Control • Costos • Demografía • Técnicas cualitativas y cuantitativas • Sociología • Teorías • Enfermería • Estadística y bioestadística 	Estudios de casos <ul style="list-style-type: none"> • Simulaciones • Prácticas interdisciplinarias • Trabajo, grupo • Tutoría 	Investigación (tesis, monografía)
Agente Transformador Integrador	Definir prioridades, alternativas, soluciones Elaboraciones de planes, programas, ejecución Acciones <ul style="list-style-type: none"> • Planificación a mediano y corto plazo Evaluación <ul style="list-style-type: none"> • Planificación a largo plazo) 	Trabajo en equipo (manejo individual, gerencia de crisis, liderazgo)	<ul style="list-style-type: none"> • Teoría organizacional • Comportamiento organizacional • Administración estratégica • Administración en salud <ul style="list-style-type: none"> -Administración de cursos humanos -Administración en enfermería 	Estudio independiente <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo de campo • Investigación • Campo • Conferencias • Discusión en grupo 	
		Investigación de servicios de salud <ul style="list-style-type: none"> • Docencia • Asesoría • Consultoría 	Planificación de sistemas y servicios de salud <ul style="list-style-type: none"> • Normas • Mercadotecnia • Sistema de información • Tecnología educativa 	Contratos de aprendizaje <ul style="list-style-type: none"> • Aprender investigando 	

Bibliografía seleccionada

Una de las áreas críticas en la enseñanza de la administración en enfermería es la escasez de bibliografía en este campo. La mayor parte de las referencias que se incluyen en los cursos de administración de pre y posgrado corresponden al área general de administración. Aunque estas son fuentes de información valiosas, los docentes y los alumnos de habla hispana ven afectado el proceso de enseñanza y aprendizaje por la falta de literatura, textos y revistas científicas en español sobre administración de servicios de enfermería. En el proceso de búsqueda de literatura sobre la materia para preparar la bibliografía comentada que sirvió de documento de trabajo⁵ en el taller, esta fue una de las mayores limitaciones encontradas.

En el documento no se pretendió hacer una revisión exhaustiva del material bibliográfico existente, tanto por razones de tiempo como por razones prácticas y económicas; sin embargo, se pudo corroborar que es abundante la literatura en administración de servicios de enfermería publicada en inglés, como resultado de las experiencias, estudios e investigaciones de los profesionales de la enfermería en los Estados Unidos, Canadá e Inglaterra. Existen varios libros editados en los últimos 10 años y están en circulación regular más de 20 revistas o publicaciones periódicas sobre administración de servicios de enfermería, administración en salud pública y en salud en general, además de las numerosas revistas científicas sobre enfermería que con frecuencia incluyen artículos relacionados con algún aspecto de administración. Por el contrario, existe muy poca literatura en español sobre la materia que informe sobre experiencias y estudios realizados dentro de la realidad latinoamericana. Tampoco existen medios ágiles para localizar los documentos y trabajos no publicados, y las revistas de enfermería de algunos países se editan en forma irregular o tienen una circulación limitada.

En la preparación del mencionado documento referente a la bibliografía sobre administración en enfermería se tuvieron en cuenta varios criterios:

- 1) Incluir un mayor porcentaje de referencias en español.
- 2) Dar prioridad a publicaciones de los últimos cinco años, aunque no se descartaron ciertos artículos publicados en años anteriores que permitieran hacer análisis comparativos y apreciar algunas tendencias en el progreso o cambios ocurridos en este campo.
- 3) Seleccionar artículos y trabajos que reflejaran experiencias de varios países latinoamericanos y de diferentes instituciones.
- 4) Limitar las referencias en inglés a aquellos temas donde hay mayor escasez en español y que representaran conceptos más actuales en la administración de servicios de enfermería. No fue fácil cumplir a plena satisfacción todos los criterios.

El documento se organizó bajo los siete títulos siguientes:

1. *Servicios de salud y servicios de enfermería.*

Incluye publicaciones sobre conceptos, teorías, políticas y estrategias generales de administración en salud y en enfermería.

⁵Publicado en OPS, Serie de Recursos Humanos, No. 51, Cuadernos de Administración, 1983.

2. *La estructura y el proceso de la administración de servicios de enfermería.*

Comprende la estructura orgánica del servicio o departamento, las relaciones interdepartamentales, procesos de liderazgo, comunicación, cambio, solución de problemas, manuales y normas, ética.

3. *Recursos humanos en los servicios de enfermería.*

Se incluyen referencias sobre sistemas de asignación y dotación de personal en los servicios de enfermería, programas de desarrollo, supervisión y evaluación de personal.

4. *Calidad de la atención de enfermería.*

Comprende referencias relacionadas con estándares de calidad, evaluación y supervisión y auditoría.

5. *Recursos físicos y materiales para la atención de enfermería.*

6. *Presupuesto.*

Preparación y manejo del presupuesto en el servicio de enfermería.

7. *Desarrollo y mejoramiento de la administración de servicios de enfermería.*

Comprende referencias sobre educación formal en administración, investigación y consultoría.

En el documento se incluyeron 120 referencias comentadas sobre los siete títulos anteriores. Por el volumen de referencias localizadas se pudo inferir que el tema menos desarrollado ha sido el de presupuesto en los servicios de enfermería.

Con el fin de apoyar el propósito general del taller y uno de los objetivos específicos se prepararon dos anexos al documento de trabajo. El Anexo 1 consta de dos partes: la primera es una bibliografía en inglés con 116 referencias de documentos y artículos sobre los siguientes temas:

- a) administración de servicios de enfermería. Papel de la enfermera administradora;
- b) asignación de personal en el departamento de enfermería;
- c) calidad del cuidado de enfermería, ética;
- d) conceptos de atención de enfermería;
- e) dirección y manejo del cuidado de enfermería;
- f) educación y educación continua en administración;
- g) evaluación del personal de enfermería y evaluación de servicios de enfermería;
- h) liderazgo en enfermería;
- i) presupuesto, costos;
- j) trabajo en equipo, y
- k) supervisión.

La segunda parte consiste en referencias seleccionadas de las bibliografías preparadas para los seis talleres que se han realizado en relación con las disciplinas de la administración. Se tomaron aquellas referencias que de acuerdo con el criterio individual tenían más aplicación o relación con la administración en enfermería. Comprende un total de 158 referencias comentadas y distribuidas así:

- a) Comportamiento organizacional (bibliografía preparada por Duncan Neuhauser y Ana María Malik). Se tomaron 17 referencias.
- b) Evaluación y planificación de servicios de salud (bibliografía preparada por Frederick Nunes y Daniel Purcallas). Se tomaron 52 referencias.
- c) Control de costos, financiación y economía de salud (bibliografía preparada por Haino Burmester). Se seleccionaron cinco referencias.

d) Análisis de sistemas e investigación de operaciones (bibliografía preparada por George Kastner). Se tomaron 21 referencias.

e) Epidemiología aplicada a la administración en salud (bibliografía preparada por Yolanda Torres de Galvis). Se seleccionaron 38 referencias.

f) Enseñanza de la administración estratégica (bibliografía preparada por María Eliana Labra). Se seleccionaron 25 referencias.

El Anexo II del documento de trabajo contiene 35 referencias, en su mayor parte artículos (20 en español y 15 en inglés). Los temas van desde las bases conceptuales de la salud y la atención de salud hasta otros más específicos, tales como estándares de calidad, clasificación de pacientes, educación en servicio, rendimiento de cuentas, el papel de la enfermera administradora, supervisión, evaluación de la productividad en enfermería y otros.

Los dos anexos del documento amplían la información sobre material bibliográfico y ayudan a relacionar la enseñanza de la administración en enfermería con las disciplinas que apoyan o fundamentan la administración y las cuales se estudiaron previamente.

Selección de bibliografía

Del análisis de la bibliografía que hicieron los participantes en el taller, de acuerdo con sus propios criterios, experiencias y conocimientos sobre la materia, se lograron los siguientes resultados:

1. Adición de nuevas referencias sobre administración de servicios de enfermería.
2. Recomendaciones generales para abordar el problema de la escasez de bibliografía sobre administración en enfermería.
3. Selección y recomendación de libros de texto para la enseñanza de la administración en enfermería.
4. Selección de artículos que podrían editarse en una antología sobre la materia.

En general los grupos consideraron que no existe un libro de texto que responda total y adecuadamente al enfoque, objetivos y contenidos del programa de administración en enfermería para el pregrado y menos aún para los programas de posgrado.

Se recomendó una mayor difusión y estudio de las bibliografías preparadas para los talleres sobre la enseñanza de las disciplinas relacionadas con la administración. En estos documentos se encuentra bibliografía muy apropiada para la enseñanza de la administración en programas de enfermería de pregrado y posgrado.

Teniendo en cuenta que una gran parte del material, sobre todo el publicado en revistas, está en inglés, se recomendó que se exija la lectura y comprensión de este idioma como requisito para cursar programas de posgrado. Es impráctico, costoso y difícil contar con un sistema de traducciones de material.

Se señaló que la revista *Foro Mundial de la Salud*, publicada por la Organización Mundial de la Salud, es una excelente referencia para los alumnos de posgrado, además de las revistas en inglés *Nursing Administration Quarterly*, *Journal of Nursing*

Service Administration, Advances of Nursing Sciences, Image, Nursing Research, Research in Nursing and Health y otras, con las cuales deben familiarizarse los docentes y alumnos de posgrado.

Libros de texto recomendados

El libro de A. Marriner, *Manual para administración de enfermería*, 1982, Editorial Interamericana, México, se podría incluir en el programa de textos de enfermería, mientras se traduce uno de los siguientes:

Ardnt, C. y L. Huckabay. *Nursing Administration—Theory for Practice with a System Approach*. St. Louis, The C. V. Mosby, Co., 1980.

Guillies, D. A. *Nursing Management—A System Approach*. Philadelphia, W. B. Saunders, 1982.

Según un grupo de los participantes, algunas secciones del libro de Guillies pueden utilizarse como referencia para el posgrado.

Artículos seleccionados para la antología

En el Apéndice 2 de este informe aparecen las referencias recomendadas para organizar la antología sobre administración de servicios de enfermería. Las marcadas con asterisco fueron seleccionadas por los tres grupos del taller o por dos de ellos.

Recomendaciones generales

Para la enseñanza de la administración en enfermería

1. Definir en cada país el perfil ocupacional en relación con el papel de administrador del profesional de enfermería, que sirva de orientación para la enseñanza de esta disciplina en los programas de pregrado y de posgrado.
2. Cambiar la concepción tradicional de la función de administración del profesional de enfermería, en el cual predominaron las tareas auxiliares, de manejo de papelería, mantenimiento y control de personal.
3. Revisar los objetivos, enfoque, contenidos y metodología de la enseñanza de la administración en enfermería para desarrollarla dentro del marco de referencia de la atención de salud, con más énfasis en los procesos, en las estrategias y políticas de atención de calidad que en la habilidad para ejecutar procedimientos y rutinas administrativas.
4. Promover la preparación del personal docente de enfermería en administración y el desarrollo de profesionales que actúen como modelos en el desempeño del papel de administrador en los servicios de enfermería.
5. Motivar y justificar la asignación de recursos para el desarrollo de la investigación en enfermería en los servicios de salud, de tal manera que se estudien y comprueben los efectos de la adecuada relación administración-enfermería y de la aplicación de modelos y teorías que orientan la práctica de enfermería.
6. Llevar a la práctica modelos de coordinación docente-asistencial para la enseñanza

de la administración en el pregrado, posgrado y educación continua, que permitan llevar a cabo investigaciones y programas de extensión a la comunidad.

7. Fortalecer el desarrollo de grupos de trabajo interprofesionales, con una bien definida participación de enfermería para la administración de la atención de salud y de los servicios de salud, en los cuales también participe la comunidad.

8. Utilizar los centros de tecnología educativa que funcionan en América Latina, el centro de adiestramiento de personal del Caribe, el Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria de Centroamérica y Panamá y otros para desarrollar las tareas de producción, selección, recopilación y distribución de materiales educativos que apoyen la enseñanza de la administración en el pre y posgrado y en educación continua.

9. La educación continua en administración de servicios de enfermería estará dirigida a todos los profesionales, de acuerdo con las necesidades de actualización para el desempeño de funciones de administración en los diferentes niveles de operación del sistema.

10. Los programas de enseñanza de la administración en enfermería serán revisados y ajustados periódicamente a los cambios y demandas de las políticas y planes de salud y a los adelantos en innovaciones en administración y en enfermería.

11. Los programas de enseñanza de la administración en enfermería incluirán los fundamentos de las ciencias de administración y de enfermería, tendencias y procesos, y no se limitarán a desarrollar habilidades sobre procedimientos y rutinas.

Para promover la producción, recopilación y difusión de material bibliográfico en América Latina

1. Establecer mecanismos que orienten al profesional de enfermería en la preparación de artículos y trabajos científicos.

2. Estimular y promover como requisito la elaboración de artículos, entre alumnos y docentes de los programas de posgrado y educación continua.

3. Crear incentivos y estímulos para los profesionales de enfermería de servicio y de docencia para que elaboren artículos sobre administración y otros temas, basados en sus propias experiencias.

4. Los estudiantes de posgrado están en capacidad de elaborar artículos con los resultados de la monografía o tesis de grado.

5. Los materiales que se utilicen en seminario, talleres, congresos nacionales o regionales son una excelente fuente para escribir artículos.

6. La OPS u otros organismos internacionales podían contratar servicios de profesionales de enfermería de diferentes países de América Latina para elaborar libros de texto o capítulos. En este último caso se contará con los servicios de un editor o coordinador de la publicación del libro.

Recopilación y difusión de material bibliográfico

1. Conformar grupos nacionales permanentes, en el Ministerio de Salud, asociaciones o colegios de profesionales de enfermería, escuelas o facultades de enfermería, o a través de esfuerzos cooperativos, para captar periódicamente los materiales bibliográficos disponibles, de producción nacional.

2. Diseñar e implantar, con el apoyo de la OPS, un procedimiento sistematizado para recopilar y ordenar el material bibliográfico de administración y otras áreas de enfermería.

3. Establecer procedimientos que faciliten el conocimiento e intercambio de referencias bibliográficas, a través de los centros de documentación existentes.

4. Definir el apoyo de la OPS y de otros organismos internacionales para hacer realidad los mecanismos que se consideren con mayor factibilidad para la recopilación y difusión de material bibliográfico en América Latina.

5. Como actividad inmediata, en cada uno de los países de América Latina se hará un inventario de las publicaciones de administración en enfermería, tanto en servicio como en docencia. Un grupo de trabajo nacional preparará una bibliografía comentada, con el ordenamiento y técnica que establezca un organismo coordinador en la Región (el cual podría ser la OPS).

6. Hacer un catálogo de las tesis de grado, de pre y posgrado, en enfermería. Uno de los rubros de clasificación será el tema administración en enfermería. Se actualizará y publicará cada año.

Apéndice 1

Participantes en el Taller

Brasil

Vanderly Dutra, Hospital de Clínicas, São Paulo
Paulina Kurcyant, Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo, São Paulo
Maria Vieria, Secretaría de Salud, Piauí

Colombia

Esneda Gil, Escuela de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín
Josefina Perdomo, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá
Piedad Portilla, Ministerio de Salud, Bogotá

Costa Rica

Ana Cecilia Carvajal, Servicios de Enfermería, Caja Costarricense del Seguro Social, San José
Nora Agnes Vega, Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica, San José

Cuba

María Teresa Trincado, División de Enfermería, Ministerio de Salud, La Habana

Chile

Sofía Matus Lagos, Ministerio de Salud, Santiago
Eduardo Martínez, Universidad de Chile, Santiago
Lilian Viveros, Universidad Católica de Chile, Santiago

Ecuador

Georgina Carrillo, Universidad Central del Ecuador, Quito
Cumandá Yerovi, Seguro Social, Quito

Estados Unidos de América

Luisa Contreras, Programa de Estudios de Posgrado, Universidad de Georgetown, Washington, D.C.
Patricia Deiman, División de Enfermería, Departamento de Recursos de Salud y Administración de Servicios, Gobierno de los Estados Unidos de América, Rockville, Maryland

Florence Johnson, Escuela de Enfermería, Universidad de Michigan, Ann Arbor, Michigan

Honduras

Francisca Hernández, Programa de Enfermería, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa

México

Esther Gallegos de Hernández, Programa de Posgrado en Administración, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León

María Antonieta Silva, División Técnica de Servicios Coordinados de Salud Pública, México, D.F.

Panamá

Luz Amalia Aguilar, Escuela de Enfermería, Universidad de Panamá, Panamá

Marcia de Alfaro, Caja del Seguro Social, Panamá

Diorgelina de Avila, Escuela de Enfermería, Universidad de Panamá, Panamá

Elizabeth de Dubois, Escuela de Enfermería, Universidad de Panamá, Panamá

Istmenia Fitzgerald, Ministerio de Salud, Panamá

Celsa de García, Escuela de Enfermería, Universidad de Panamá, Panamá

Armando Grimaldos, Facultad de Administración de Empresas y Contabilidad, Universidad de Panamá, Panamá

Elba de Guzmán, Caja del Seguro Social, Panamá

Gladys de Pérez, Caja del Seguro Social, Panamá

Evelia de Urueña, Ministerio de Salud, Panamá

Perú

Nelly Alviar de Morales, Colegio de Enfermeras del Perú, Lima

Edelmira Málaga, Programa Académico de Enfermería, Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa

Organización Panamericana de la Salud

Lydia Díaz, Asesora Regional en Enfermería, OPS, Washington, D.C.

Jorge Haddad, Coordinador del Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria para Centro América y Panamá, San José, Costa Rica

Maricel Manfredi, Asesora Regional en Educación en Enfermería, OPS, Washington, D.C.

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

Silvia Menéndez, Asesora en Enfermería para Centro América y Panamá, OPS, Panamá

Richard Marks, Administrador del Programa de Libros de Texto, OPS, Washington, D.C.

Nelly Garzón, Consultora a corto plazo, Jefe de Programas de Posgrado, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

Apéndice 2

Referencias bibliográficas seleccionadas para la antología sobre administración de servicios de enfermería^{1,2}

- (1) Blanc, L. y M. Blanc. Los estudios sobre utilización y su interés para la planificación de la atención primaria de salud. *Foro Mundial de la Salud* 2(3):403-406, 1981.
- (2) Blake, B. L. K. Quality assurance: An ethical responsibility. *The Journal of Nursing Leadership and Management*, febrero de 1981, págs. 36-38.*
- (3) Byrnes, M. A. Non-nursing functions, the nurses state their case. *Am J Nurs*, julio de 1982, págs. 1089-1093.*
- (4) Clifford, J. Managerial control versus professional autonomy: A paradox. *The Journal of Nursing Administration*, septiembre de 1981.
- (5) Cindy, C. y V. Luchsinger. Management by objectives; application to nursing. *Journal of Nursing Administration*, enero de 1978, págs. 35-38.*
- (6) Claterbuck, S. E. y J. R. Proulx. *A Framework for Action in Nursing Service Administration*. Nueva York, National League For Nursing, League Exchange No. 128, 1981.
- (7) Deiman, P. A. Evaluación en enfermería: aspectos de servicios y de educación. Trabajo presentado en el VII Congreso Nacional del Colegio de Enfermeras de Chile, septiembre de 1977 (mimeografiado).*
- (8) Deiman, P. A. Formulación de criterios y factores de evaluación relacionados con la atención primaria de salud. 1982 (mimeografiado).
- (9) Diers, D. Nursing reclaims its role. *Nurs Outlook*, septiembre/octubre de 1982, págs. 459-483.
- (10) De Varela, A. L. V. Evaluación de la atención de enfermería intra y extra hospitalaria. *Revista Anec*, Publicación oficial de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, Año VIII, No. 19, septiembre/diciembre de 1976, págs. 23-57.*
- (11) Garzón, A. N. Teoría de roles en enfermería. Conferencia presentada en el IX Congreso Nacional de Enfermeras de Colombia, mayo de 1982 (mimeografiado).*
- (12) Gilbert, G., L. Gorman, et al. Continuing education: a collaborative model. *Nursing Management*, enero de 1982, págs. 53-57.
- (13) Hayes, M. y M. Moritz. Patient classification systems. A nurse management tool. *Dimensions in Health Service*, agosto de 1981, págs. 22-23.*
- (14) Horn, R. S. Planning in-service education in small hospitals. *Supervisor Nurse*, enero de 1981, págs. 38-39.
- (15) Jelinek, R. C., y L. C. Dennis. *A Review and Evaluation of Nursing Productivity*. Health Manpower Resources, U.S. Department of Health Education and Welfare, Health Resources Administration, Bureau of Health Manpower, Division of Nursing, 1976. (Chapter III, A conceptual framework for nursing productivity; Chapter VI, Recommendations, and the References.)
- (16) Kennedy, R. y A. B. Vose. Preparing the nurse manager to assume new accountabilities. *Hospitals* 52, enero de 1978.*

¹Las referencias que llevan asterisco fueron seleccionadas por los tres grupos del taller o por dos de ellos.

²Se recomendó incluir en la antología una lista de referencias en español de las revistas y publicaciones de la OMS y de la OPS.

- (17) Lerch, E. M. Criteria-based performance appraisals. *Nursing Management*, julio de 1982, págs. 28-31.
- (18) Manez, J. The untraditional nurse manager: Agent of change and changing agent. *Hospitals* 52, enero de 1978.*
- (19) Matsunaga, G. *The Nurse Executive and Nursing Manpower*. National League for Nursing, Pub. No. 20-1709. Concerns in the acquisition of Nursing Personnel, 1978.*
- (20) Medina, J. A. La evaluación desde el punto de vista administrativo. Diferencias con el control de etapas, propósitos y funciones, *Boletín de Salud Pública*, Año VII, No. 22:27-31, 1973.
- (21) Orleck, C. Transition: Student to practitioner. *Nursing Management*, enero de 1982, págs. 23-24.*
- (22) Pertile, A. Sistemas de información en salud y su desarrollo. *Revista Medicina y Sociedad* 1(4-5):215-225, 1978.
- (23) Quinn, S. La enfermera en la administración de la asistencia sanitaria. *Salud Mundial*, Revista ilustrada de la Organización Mundial de la Salud, julio de 1982.
- (24) Rotkovich, R. The nursing director's role in money management. *The Journal of Nursing Service Administration*, noviembre/diciembre de 1981, págs. 13-16.
- (25) Rotkovich, R. A clinical component in education for nursing administration. *Nurs Outlook*, octubre de 1979.
- (26) Santas, A. El rol de la educación médica en la política sanitaria. *Medicina y Sociedad* 1(2): 73-80, 1978.
- (27) Smith, C. A. Adequate staffing: It's more than a game of numbers. *Nursing Administration Quarterly*, Staffing, part I, Vol. 1, No. 4/Summer 1977. An Aspen Publication.*
- (28) Suárez, J. Aplicación de la comunicación en la dirección del Departamento de Enfermería y sus unidades. *Perspectivas* (Revista de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Zulia, Venezuela) 2(2):35-45, 1974.
- (29) Suárez, J., O. Rivera de Roca y J. Perdomo. Reorientación del rol asistencial del profesional de enfermería en el Hospital Militar Central de Bogotá. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Departamento de Enfermería, Hospital Militar Central. Inédito, 1982.
- (30) Strachan, C. Conceptos generales sobre estándares y normas. *Perspectivas* (Revista de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Zulia) 3(3):30-39, 1977.
- (31) Stevens, B. J. Improving nurses managerial skills. *Nurs Outlook*, diciembre de 1979, págs. 774-777.*
- (32) Stevens, B. J. The role of the nurse executive. *The Journal of Nursing Administration*, febrero de 1981, págs. 10-23.*
- (33) Sultan, S. Nursing audit, what is it all about? *Can Nurse*, mayo de 1980, págs. 33-35.
- (34) Terris, M. La epidemiología como guía de la política sanitaria. *Foro Mundial de la Salud* 4(4):440-453, 1981.
- (35) Thornton, N. F. Change-over to head nurse. *Nursing Management* 14(3):52-53, 1982.
- (36) Timmreck, T. C. y J. P. Randall. Motivation, management and the supervisor nurse. *Supervisor Nurse*, marzo de 1981, págs. 29-31.*
- (37) Von Schilling, K. El rol del consultor en el desarrollo de trabajo de grupos multidisciplinarios. *Revista Internacional de Enfermería*, Organ Oficial del Consejo Internacional de Enfermeras. Mayo/junio de 1982, págs. 10-12.*

FABRICACION DE UNA REALIDAD DIDACTICA ANALOGA A UN PROYECTO DE SOCIEDAD FUTURA¹

Fernando Lefevre²

En relación con el campo de la educación, deseo señalar dos cosas bastantes simples pero importantes: 1) la fabricación de una realidad didáctica análoga a un proyecto de sociedad futura es un deber político y un acto de coherencia de todo profesional progresista que trabaja en el campo de la enseñanza, y 2) ese deber es una opción didáctica y política que se distingue de otras opciones con las cuales debe disputar la hegemonía ideológica en el campo de la educación.

Así pues, cabría una explicación inicial sobre el significado del título, aparentemente esotérico, de este trabajo. ¿Qué quiero decir con “Fabricación de una realidad didáctica análoga a un proyecto de sociedad futura”?

En primer lugar, quiero decir que es necesario tener conciencia de que, en el campo de la educación, siempre estamos “fabricando” una realidad, si entendemos por ello la delimitación y la selección de ciertos sectores de una realidad sociocultural dada y la colocación de esos sectores escogidos en una totalidad determinada. Es esa idea conocida que siempre conviene volver a considerar.

La educación nunca es una presentación neutra del mundo o del conocimiento. Es siempre una “fabricación” de un mundo y, por lo tanto, una opción ideológica, política y filosófica. Además, como se trata del campo de la educación, no solo hay que fabricar una realidad, sino una realidad didáctica. Es decir, además de estar obligados a optar por una posición política e ideológica, tenemos que optar también por la didáctica y por distintos conceptos de la didáctica.

Prosiguiendo la explicación inicial del título, consideremos la palabra “análoga”, que se emplea en este caso para implicar un tipo de relación de proximidad y semejanza que la realidad didáctica debe tener con la sociedad y la cultura donde se fabrica.

Como se señalará más adelante de manera más explícita, la perspectiva adoptada en esta exposición es eminentemente histórica. En ese marco, decir que la realidad que la didáctica fabricará debe ser análoga no es ni pretende ser una novedad. Con el concepto de analogía, de ninguna manera propongo un nuevo “enfoque”, un nuevo lema ni nada de ese tipo. Sería incapaz de querer añadir otra “novedad” en un campo como el de la enseñanza, sumamente “contaminado” tanto por la inventiva fértil como por la estéril.

La didáctica reformista descubrió hace mucho tiempo que la realidad que los sistemas de enseñanza deben fabricar debe ser de carácter análogo, o sea, debe

¹Comunicación presentada en la mesa redonda “Otros instrumentos de enseñanza: Tecnocracia versus democracia”, en la 32a Reunión Anual de la SBPC.

²NUTES/CLATES, Universidad Federal de Río de Janeiro/OPS.

estar íntimamente relacionada con la sociedad y la cultura para que pueda tener algún significado para el educando.

Dado que la perspectiva aquí esbozada es histórica, su única finalidad es reconocer esa conquista y esa contribución, a fin de buscar una perspectiva de superación de las limitaciones de la didáctica reformista, a partir de esa perspectiva histórica.

Queda el resto del título: “análoga a un proyecto de sociedad futura”. Con esas palabras se trata de señalar que la realidad que la didáctica progresista debe fabricar debe ir mucho más allá de la simple preocupación por el futuro, que se puede encontrar en casi todas las propuestas didácticas corrientes. El proyecto de sociedad futura al que me refiero es, naturalmente, radicalmente diferente de la simple reproducción ampliada del presente, que bajo una cubierta de preocupación por el destino y la supervivencia del hombre esconde una verdadera preocupación por el destino y la supervivencia de la sociedad capitalista.

Después de estas explicaciones, paso ahora a un análisis más detallado del tema.

Fabricar una realidad didáctica análoga a un proyecto de sociedad futura es, ante todo, una propuesta didáctica. En eso se diferencia de una actitud muy difundida entre ciertos profesores progresistas (pero con pretensiones de superioridad), de desconsideración o hasta de aversión a la didáctica, considerada en la mejor de las hipótesis como un don innato que el profesor tiene o no tiene, y en el peor de los casos, como un conjunto estéril y castrador de recetas de cómo dar clases o de cómo entretener a los alumnos durante 40 minutos o dos horas.

En la propuesta que defiendo, la didáctica no es considerada como un don ni como algo improcedente, sino, por el contrario, como una preocupación no solo procedente, sino imprescindible.

Considero que la didáctica es fundamental para que la acción docente del profesor tenga algún sentido político progresista, además del mero contenido progresista de sus discursos o sus escritos.

Además de representar una posición didáctica y de contraponerse a las pretensiones de superioridad que desdeñan la didáctica, la posición que defiendo difiere también de la didáctica tradicional y de la reformista.

La postura didáctica tradicional es susceptible de crítica, porque no es analógica, sino arbitraria (según el concepto de Saussure de la palabra), estableciendo una división radical entre el mundo de la escuela o de la enseñanza y el mundo propiamente dicho.

No es necesario entrar en detalles sobre la crítica de la didáctica tradicional. El movimiento de renovación didáctica ha llevado a cabo una crítica exhaustiva, dando origen a la llamada “didáctica reformista”. Esa crítica se resume en el gran lema de la didáctica reformista: “Hay que vincular la escuela a la vida”.

Es preciso reconocer que la didáctica reformista representó un adelanto notable en relación con la didáctica tradicional debido a su carácter analógico, o sea, por haber acercado la escuela al mundo, dando a la enseñanza un carácter más significativo y real para los educandos.

Pero desde el punto de vista dialéctico, no es difícil comprobar que esa contribución positiva es también negativa, porque aunque es indiscutible que la didáctica reformista acercó la escuela al mundo, no lo hizo para criticar a ese mundo o para transformarlo, sino, por el contrario, para adaptar mejor la escuela al *status quo*.

Por lo tanto, hay que superar la didáctica reformista o “eficientista”, como se la ha llamado últimamente. Pero en ese movimiento de superación hay que cuidar de no echar todo por la borda. Es decir, hay que evitar el error de identificar esa didáctica con el instrumento teorico-práctico o con la técnica educativa que emplea.

La didáctica forma parte de la esfera de producción y circulación de bienes simbólicos (en la acepción que dieron a la palabra Bourdieu y Passeron). En esa esfera, como en la infraestructura, se observa el desarrollo de las fuerzas de producción de bienes simbólicos. Sin embargo, no se puede despreciar ese dato histórico si se lucha por la hegemonía ideológica. En otras palabras, es tan absurdo atacar la didáctica reformista apuntando a la técnica educativa que emplea como combatir el capitalismo mediante el sabotaje de las máquinas.

Una opción que merezca ser llamada así, que se proponga enfrentar en pie de igualdad la didáctica reformista, no puede desconocer la historia contemporánea de la educación; pero precisamente no puede desconocer o escapar a la imposibilidad del éxito de esa lucha si no recurre a los instrumentos contemporáneos que esa misma didáctica emplea para producir una realidad didáctica análoga.

El principal objetivo de la didáctica reformista es, como ya se dijo, vincular la escuela al mundo para servir mejor al *status quo*. Eso se lleva a cabo recurriendo, entre otras cosas, a un instrumento como la televisión, aparato sumamente eficaz para la consecución de ese fin, porque puede producir una imagen muy viva y dinámica del mundo para el consumo de miles de educandos.

Pero parece obvio que la televisión es eficaz para alcanzar ese propósito, no porque produzca necesariamente imágenes conformistas, sino simplemente porque produce imágenes. Es evidente que si esas imágenes producen efectos de conformismo el responsable por esos efectos no es el aparato, sino quien lo programó para que produjera esos efectos y no otros.

Muchos consideran que la televisión es un instrumento de alienación y de mistificación, porque presenta algo falso con aspecto de real. Con ese tipo de críticas evidentemente no se llega muy lejos. No cabe duda de que la televisión es un aparato que fabrica una realidad. En cierto modo, siempre será un truco y una mistificación, porque en todos los casos presentará *una* realidad, una imagen de la realidad, como si fuera *la* realidad.

Pero la lucha en el campo ideológico no se produce entre la verdad y la falsedad, entre la “mistificación” y la “verdad de los hechos”. Lo que se discute en el plano de la ideología es la hegemonía de una imagen del mundo, la hegemonía no de *la* verdad, sino de *una* verdad. Por lo tanto, para una opción didáctica reformista, la televisión es un elemento de gran importancia porque permite presentar una realidad didáctica, otra verdad didáctica que contiene las figuras y el escena-

rio de un proyecto de sociedad futura a un público de la misma dimensión tan vivamente como la didáctica reformista.

Lo que se ha dicho de la televisión también se aplica, *mutatis mutandis*, a las simulaciones que utilizan computadoras, al método de solución de problemas, etc., además de lo que integra el arsenal teórico y práctico de la técnica educativa. Hay muchas personas que trabajan en el campo de la educación y se hacen llamar progresistas, pero desconocen o fingen desconocer el papel decisivo de la historia y consideran que la materia prima de la sociedad futura que hay que fabricar está constituida por los deseos o voluntades progresistas que, para que sean más aceptables, reciben el rótulo de ideología. Cabe recordar a esas personas que el infierno está hecho de buenas intenciones e ideologías.

La disputa ideológica es mucho más que una lucha entre la voluntad de conservar y la voluntad de transformar. Es un juego en el que se siguen ciertas normas y se utilizan ciertos instrumentos establecidos por una coyuntura histórica determinada.

Lo que parece estar ocurriendo en nuestro país (Brasil) es que, al no ver eso, muchos educadores progresistas acaban por dejar que la clase dominante juegue sola.

En mi opinión, en el juego en el que la historia contemporánea de la educación nos obliga a participar, es evidente que:

- la realidad que hay que fabricar, en cualquier situación o plano de la enseñanza, debe ser una realidad didáctica de carácter analógico; y
- para la producción de esa realidad analógica es necesario recurrir a los instrumentos que integran el arsenal teorico-práctico de la técnica educativa.

Esas son las condiciones generales, hasta diría *sine qua non*, para que una realidad didáctica progresista pueda disputar la hegemonía en el campo pedagógico con la realidad didáctica reformista.

Creo que hay que juzgar las propuestas educativas progresistas en función de esos parámetros, pero por supuesto sin excluir otros criterios más específicos. Fuera de esos parámetros, el contenido progresista eventual de las propuestas tiende a ser simple retórica, más o menos coherentes, pero siempre retórica, esto es, solo un ejercicio para difusión y uso académico, sin mayores repercusiones prácticas.

Una última idea: a primera vista, una propuesta de fabricar una realidad didáctica análoga a un proyecto de sociedad futura puede parecer paradójica. En efecto, ¿cómo se puede representar analógicamente algo que no existe, sin caer en la futurología o en un simple ejercicio de la imaginación?

En realidad, esa paradoja solo existe para los que no piensan dialécticamente, para los que no saben que el futuro está en germen en el presente, que presente y futuro no se excluyen mutuamente, sino que son términos antitéticos de un mismo espacio en conflicto.

Por lo tanto, una propuesta didáctica progresista que sea competitiva en el

mercado ideológico debe tener como objetivo presentar analógicamente el futuro en el presente.

Creo que se puede decir de la didáctica progresista lo mismo que dice Francisco Weffort en un artículo reciente sobre el partido de los trabajadores: "Un partido político de los trabajadores es siempre germen vivo de una sociedad futura. O sea, es un factor de transformación que funciona en el presente".

Solo en ese sentido se puede proponer la didáctica progresista como una posible opción frente al universo analógico de la didáctica reformista.

¿Qué hace la didáctica reformista? Muestra al mundo como es, para que siga siendo lo que es.

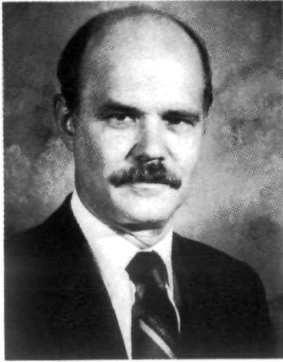
¿Qué debe hacer la didáctica progresista? Mostrar al mundo como puede ser, para que sea otra cosa distinta de lo que es.

En otras palabras, para que la propuesta didáctica progresista tenga un significado político real, es preciso que las posibilidades futuras contenidas en el presente aparezcan y cobren vida representativa mediante los productos analógicos de la didáctica, a saber, las cintas magnéticas, los problemas, las simulaciones, los cursillos, las diapositivas.

Para ser democrático en el campo de la educación no basta ofrecer más oportunidades de enseñanza a toda la población. Es preciso también que esa enseñanza sea didáctica y políticamente significativa. Eso se conseguirá solo si la realidad didáctica que hay que fabricar es literalmente la prefiguración de una sociedad más justa y democrática.

Noticias

NUEVO DIRECTOR ADJUNTO DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA



El Dr. H. David Banta, de los Estados Unidos de América, ha sido nombrado Director Adjunto de la Oficina Sanitaria Panamericana a partir del 19 de septiembre de 1983. Sustituye al Dr. S. Paul Ehrlich, Jr., quien venía desempeñando el cargo desde 1979.

El Dr. Banta se graduó como Doctor en Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Duke, Durham, Carolina del Norte, y obtuvo su Maestría en Salud Pública de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Harvard, Boston, Massachusetts.

Ha desempeñado los siguientes cargos en su país de origen: Profesor Auxiliar y Profesor Adjunto del Departamento de Medicina Comunitaria, Facultad de Medicina de la Universidad de Columbia, Nueva York; Director de Investigaciones y Miembro del Personal Profesional, Programa de Salud de la Oficina de Evaluación y Tecnologías; Consejero Médico Superior del Centro Nacional de Investigaciones en Materia de Servicios de Salud del Departamento de Salud, Educación y Bienestar Social; Director del Programa de Salud de la Oficina de Evaluación y Tecnologías; y Subdirector de Ciencias Biológicas y de la Salud de la Oficina de Evaluación y Tecnologías.

Las actividades internacionales del Dr. Banta se iniciaron en 1969 como Consultor de la OMS en Planificación de la Familia. En 1980 realizó una consultoría en evaluación de tecnologías médicas para la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OECD) en Francia. En 1982 y 1983 fue Consultor de la OMS para el establecimiento de una red de evaluación tecnológica en materia de salud. Por varios años, el Dr. Banta ha colaborado con la OPS en actividades de tecnologías de salud.

El Dr. Banta ha realizado viajes oficiales a varios países en calidad de funcionario del Gobierno de los Estados Unidos de América; entre ellos vale destacar un viaje al Brasil como Representante de los Centros para el Control de Enfermedades y después para visitar BIREME. El Dr. Banta ha asesorado oficialmente en tecnología médica a una serie de países, incluyendo Alemania, Suecia, Bélgica, Francia, Reino Unido, Islandia, Finlandia y Japón.

PROGRAMA ESPECIAL DE INVESTIGACIONES Y ENSEÑANZAS SOBRE ENFERMEDADES TROPICALES (TDR)¹

El Programa fue concebido e iniciado por la Organización Mundial de la Salud con la ayuda y el patrocinio conjunto del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y del Banco Mundial, para estimular y coordinar las investigaciones encaminadas a obtener y aplicar nuevos instrumentos de lucha contra las enfermedades tropicales y perfeccionar los existentes.

Los objetivos principales de este Programa son la investigación y desarrollo de mejores medios para combatir las enfermedades tropicales, y la formación de personal y el fortalecimiento de las instituciones necesario para acrecentar la capacidad de investigación en los países tropicales. Estos objetivos toman en consideración las repercusiones de la enfermedad como problema de salud pública, la ausencia de métodos satisfactorios para combatir la enfermedad en las condiciones características de los países tropicales y la existencia de posibilidades de investigación que permitan perfeccionar los métodos de lucha. Las investigaciones en paludismo, esquistosomiasis, filariasis, tripanosomiasis africana y americana, leishmaniasis y lepra han sido seleccionadas como objetivos del Programa.

El Programa Especial también incluye componentes de epidemiología, operaciones, lucha antivectorial e investigaciones socioeconómicas y biomédicas. Cada actividad se desarrolla con la participación de grupos multidisciplinarios de especialistas organizados en diversos grupos científicos de trabajo, a cada uno de los cuales se le ha asignado la dirección de las investigaciones en áreas específicas.

El Programa puede suministrar ayuda financiera a investigadores que se dedican a estudiar diferentes aspectos de las enfermedades mencionadas, siempre que el tema sea prioritario y el proyecto tenga calidad científica. Los grupos científicos de trabajo constituidos por miembros de la comunidad científica mundial con experiencia en este campo han aprobado la financiación del Programa.

El objetivo relacionado con la búsqueda de nuevos instrumentos de lucha se refiere a la formación de personal y al fortalecimiento de las instituciones que hacen investigaciones en los países donde las enfermedades tropicales son endémicas. Las actividades de fortalecimiento institucional giran alrededor de la creación de una red de centros colaboradores en los países tropicales. Estos centros coordinarán el reforzamiento del potencial de investigación en los países afectados y en ellos se ubicarán también las actividades de formación de investigadores.

En cuanto a la formación de personal, el Programa tiene por objeto adiestrar tanto investigadores como personal auxiliar de laboratorios, de asistencia ambulatoria y actividades de terreno, adaptándose a las decisiones y necesidades de los países afectados. Se proporciona financiamiento a las instituciones que dirigen sus esfuerzos de investigación a la búsqueda de soluciones destinadas al control de cualquiera de las seis enfermedades.

¹Tomado del *Boletín Epidemiológico*, OPS, Vol. 4, No. 2 (1983).

Desde 1975 hasta enero de 1982, el Programa suministró apoyo financiero a 474 proyectos en la Región de las Américas, por valor de US\$22.932.231.

Para mayor información con respecto a este Programa, puede dirigirse a: Director TDR, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza, o a: Coordinador del Programa Especial de Enfermedades Tropicales (TDR), Organización Panamericana de la Salud, 525 Twenty-third St., N.W., Washington, D.C. 20037, E.U.A.

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA TERAPIA DE REHIDRATACION ORAL¹

Del 7 al 10 de junio de 1983 tuvo lugar en Washington, D.C., una importante conferencia sobre la terapia de rehidratación oral, un método sencillo y barato de reducir la mortalidad infantil por diarrea.

El propósito de la conferencia—que fue auspiciada por la AID (EUA), UNICEF, la OMS y la OPS, y el Centro Internacional de Investigaciones sobre Enfermedades Diarreicas en Bangladesh—era destacar la utilidad de la terapia de rehidratación oral en el control de las enfermedades diarreicas, que son una causa importante de la morbilidad y la mortalidad en el mundo en desarrollo.

Unos 5 millones de niños menores de cinco años en los países en desarrollo mueren cada año de diarrea causada por una amplia variedad de bacterias, virus y parásitos, por lo general transmitidos por la contaminación fecal de los alimentos y el agua.

La rehidratación oral es una manera de restituir los fluidos corporales y los elementos químicos esenciales que se pierden durante los ataques de diarrea, sin tener que recurrir a su administración por vía intravenosa, que resulta muy cara. La fórmula recomendada por la OMS para todos los grupos de edad en caso de cualquier tipo de diarrea es de 3,5 gramos de cloruro de sodio, 2,5 g de bicarbonato de sodio, 1,5 g de cloruro de potasio, 20 g de glucosa, disueltos en 1 litro de agua pura. La fórmula se encuentra disponible en un paquete muy barato que se mezcla en el agua, o puede prepararse utilizando ingredientes locales. Unos 30 países ya están produciendo sales de rehidratación oral.

Unos 600 participantes de todo el mundo asistieron a la conferencia, entre ellos funcionarios gubernamentales, representantes de organizaciones multilaterales, organismos voluntarios privados, universidades y otros grupos.

Entre los temas específicamente objeto de discusión se encontraron los siguientes: enfermedades diarreicas—un problema mundial; desarrollo nacional y enfermedades diarreicas; bases científicas y técnicas de la terapia de rehidratación oral; consideraciones prácticas para la atención de las enfermedades diarreicas en

¹Véase sobre este tema la Publicación Científica de la OPS No. 445, *Terapia de rehidratación oral—Una bibliografía anotada*.

el hogar, servicios de salud, hospitales y centros de salud; pautas para investigaciones futuras.

CONGRESOS DE PEDIATRIA 1984

La ciudad de La Habana será la sede de los Congresos de Pediatría 1984: VII Latinoamericanos, XIV Panamericano y XXI Nacionales que se realizarán en el Palacio de las Convenciones del 11 al 15 de noviembre de 1984.

La Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE), la Sociedad Cubana de Pediatría y el Comité Organizador invitan cordialmente a todos los países de las Américas y Europa para que asistan a esta reunión en que habrá la oportunidad de intercambiar experiencias y conocimientos y de valorar los avances en la especialidad.

El programa científico de los congresos estará constituido por sesiones plenarios, simposios, temas libres y cursos precongresos.

En las sesiones plenarios se discutirán los temas siguientes: educación médica en pediatría, atención primaria en pediatría, perinatología, salud materno-infantil en las Américas, afecciones del niño que repercuten en la salud del adulto, nutrición y cuidados intensivos.

En los simposios se tratará de: hematología, cirugía infantil, oncología, neumología, gastroenterología, crecimiento y desarrollo, endocrinología, cardiología, nefrología, neurología, inmunología, dengue, perinatología, alergia, tuberculosis, genética, adolescencia, estomatología, psiquiatría infantil, cirugía maxilofacial, medicina escolar, rehabilitación, investigación en pediatría, logopedia y foniatría, trastornos del aprendizaje, enfermedades diarreicas agudas.

Los interesados pueden dirigirse a: Dr. Enzo Dueñas, Ave. Insurgentes Sur No. 421, Conjunto Aristos, Edificio B-310, 06100 México, D. F. o Calle 4 No. 407 e/ 17 y 19, Vedado, La Habana 4, Cuba.

Libros

PUBLICACIONES DE LA OPS Y DE LA OMS¹

La mujer en la salud y el desarrollo. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica 448. 110 págs. 1983. Precio: US\$7,00. ISBN 92 75 31448 9. *Publicada también en inglés.*

Con esta publicación, la OPS continúa sus esfuerzos por lograr la integración de la mujer en todas las actividades del quehacer humano, muy especialmente en las de salud y desarrollo. Aunque algo se ha progresado en este campo, todavía existen muchos países en donde la mujer confronta grandes obstáculos que no solo impiden su participación plena en los niveles de decisión y ejecución sino que dificultan su acceso a los recursos económicos, políticos y sociales. Ante esta realidad, los Cuerpos Directivos de la OPS, siguiendo las pautas de la Conferencia Mundial del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer (Copenhague, 1980), aprobaron un Plan Quiquenal Regional de Acción sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo, destinado a promover la salud de la mujer y a tratar de resolver sus problemas específicos en los sectores de la educación, el empleo y la salud.

Es este Plan el que se examina en la presente publicación. Contiene, además de un análisis de la situación de salud y las circunstancias sociales de las mujeres en la Región, un plan de las actividades que podrían realizarse a nivel regional, nacional y de la OPS, y un calendario con fechas límites para ejecutarlas.

Esta guía indudablemente será de gran utilidad para las personas interesadas no solo en mejorar las condiciones en que se desenvuelve la mujer sino en utilizar eficientemente todos los recursos humanos disponibles a fin de que la salud para todos se haga realidad.

¹Estas publicaciones se pueden adquirir al precio indicado si se solicitan a la sede de la Organización Panamericana de la Salud, en Washington, D.C., o a la sede de Organización Mundial de la Salud, en Ginebra, Suiza, según corresponda. En Sudamérica, pueden ser adquiridas a través de la Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud de la OPS, Rua Botucatu 862, São Paulo, S.P., Brasil.

Análisis gerencial de los sistemas de salud—Discusiones Técnicas, XXI Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica 449. 71 págs. 1983. Precio US\$5,00. ISBN 92 75 31449 7. *Publicada también en inglés.*

Es evidente que para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 resulta imprescindible que todos los componentes de los servicios de salud funcionen eficientemente, lo que es casi imposible si no se cuenta con un sistema gerencial de óptima calidad.

Esta publicación—originada por el interés de los países en la materia—contiene el informe final de las Discusiones Técnicas celebradas durante la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana, la resolución pertinente de la propia Conferencia, la exposición que hizo el Dr. Paulo R. Motta al presentar el tema, así como el documento de trabajo preparado por la OPS y el cuestionario preliminar, en el que se solicitó la opinión de los países sobre problemas críticos de gestión y que sirvió de base para el documento de trabajo.

Se señala que los sistemas gerenciales deben adecuar su labor en función del Plan de Acción y las Estrategias Regionales a fin de lograr el mayor rendimiento posible de los fondos y recursos disponibles, con la máxima equidad social, eficiencia y efectividad.

Destaca el documento que los sistemas gerenciales de los servicios de salud deben hacer hincapié en la coordinación intersectorial, participación de la comunidad y tecnología apropiada, y promover el desarrollo de recursos humanos y de investigaciones operativas que permitan una labor innovativa en materia de gestión. Por último, se recomienda que se fortalezcan los programas de cooperación técnica y que se establezca un mecanismo de información entre los países para compartir experiencias y enfoques en gerencia estratégica.

Ambiente, nutrición y desarrollo mental. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica 450. 86 págs. 1983. Precio: US\$7,00. ISBN 92 75 31450 0.

El propósito de esta publicación es divulgar entre los trabajadores de salud los conocimientos existentes sobre la influencia del medio ambiente y la desnutrición en el desarrollo de las funciones intelectuales.

No cabe duda que el medio ejerce una gran influencia en el desarrollo biopsicosocial del individuo pero hasta recientemente la mayoría de las investigaciones han estado dedicadas a estudiar con más frecuencia el desarrollo físico, tal vez porque la medición y el análisis del desarrollo mental presenta difíciles problemas conceptuales y metodológicos. El presente volumen, que incluye el informe final de la reunión de un grupo asesor convocado por la OPS y tres trabajos de reconocidas autoridades en la materia, intenta llenar, aunque solo sea parcialmente, ese vacío.

La autoevaluación de los profesores del personal de salud—Mejoramiento de la función docente. Por Arie Rotem y Fred R. Abbatt. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Publicación en Offset No. 68, 50 págs. 1982. ISBN 92 4 370068 5. Precio: US\$4,00. *Disponible también en inglés.*

La desigual calidad de la enseñanza que se imparte a muchos agentes de salud opone un grave obstáculo al logro de un nivel aceptable de salud en la mayoría de los países; pero, a juicio de los autores, ese obstáculo no es insalvable. En principio, todo profesor debe poder mejorar su rendimiento aplicando técnicas bien definidas de autoevaluación y siempre que esté dispuesto a aprender y a adaptarse a las nuevas ideas.

La planificación, la comunicación, la aportación de recursos, el asesoramiento, la evaluación y la autoeducación permanente son funciones indispensables de todo profesor. Esas seis funciones se examinan pormenorizadamente en otros tantos capítulos, en relación con las enseñanzas en materia de salud. Cada capítulo comprende un cuestionario o lista de comprobación que ha de permitir al profesor medir el grado de eficacia con que ayuda a sus alumnos a aprender. En el capítulo siete se trata de la contribución que los alumnos pueden ofrecer al profesor y la que este puede obtener de otros profesores. En el último capítulo se incluyen varios formularios de evaluación gracias a los cuales los profesores podrán obtener de sus colegas y de sus alumnos retroinformación sobre su rendimiento profesional.

La presente publicación no es un libro de teoría de la enseñanza sino que versa sobre la práctica cotidiana de la docencia. Sus autores, dos experimentados profesores de profesores, la han escrito especialmente para el personal encargado de la formación de los agentes de salud. Sin embargo, sus conceptos fundamentales y las técnicas que describe son aplicables, con pequeñas modificaciones, al personal docente de todas las ramas del saber.

El libro está basado en un texto provisional que fue ensayado por profesores de diversos países y de diferentes ambientes culturales, quienes aportaron a los autores sus observaciones personales al respecto; en su contenido y su presentación material se han tenido muy presentes las necesidades de los países en desarrollo.

Training and use of auxiliaries in the provision of nursing/midwifery care. Report on a WHO Working Group [Adiestramiento y utilización de personal auxiliar en la prestación de cuidados de enfermería y partería. Informe sobre un grupo de trabajo de la OMS]. Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa, 1982, 35 págs. (EURO Reports and Studies, No. 67). Precio: US\$2,00. ISBN 92 890 1233 1.

La escasez de enfermeras diplomadas en muchos países de la Región de Europa de la OMS ha hecho que aumente considerablemente el número de per-

sonal auxiliar de enfermería y al mismo tiempo ha sido causa de una proliferación de categorías de personal auxiliar y de la fragmentación de los servicios prestados. En algunos casos se espera del personal auxiliar de enfermería que asuma excesivas responsabilidades, lo cual puede redundar en perjuicio de la calidad de la atención de enfermería y puede ser causa de tensiones o conflictos entre las diferentes categorías de personal.

En el informe que se reseña se examinan las causas de la escasez de personal y los antecedentes del problema y se describe con cierto detalle el proceso que lleva a ingresar en las escuelas de personal auxiliar de enfermería. Entre los puntos que fueron objeto de estudio figuran la falta de organización del adiestramiento, la ausencia de perspectivas de carrera y el contraste entre la formación que se imparte y las tareas que deben desempeñarse más tarde en el ejercicio de la profesión.

Se propone una utilización más racional del personal auxiliar de enfermería, en particular en la prestación de atención primaria de salud. Entre las recomendaciones formuladas figuran varias propuestas sobre formación, organización profesional y límites de las responsabilidades del personal auxiliar de enfermería.

En uno de los anexos figura una descripción de la situación en el Reino Unido en cuanto a empleo, formación y utilización del personal auxiliar de enfermería.

Los problemas de la droga en el contexto sociocultural: Una base para la formulación de políticas y la planificación de programas, edición preparada por G. Edwards y A. Arif, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1980. 300 págs. Cuadernos de Salud Pública, No. 73. Precio: US\$9,00. ISBN 92 4 330073 3.

Aunque las prácticas de consumo de drogas y de bebidas en diferentes culturas han sido descritas de manera detallada en muchas y excelentes obras, se han descuidado en gran parte los aspectos socioculturales del consumo de drogas. Esta es una grave deficiencia porque los programas de tratamiento y prevención de la farmacodependencia solo pueden tener éxito si se tienen en cuenta el ambiente sociocultural y la manera en que este influye en las actitudes y reacciones. El propósito de este libro es llenar este vacío y examinar de qué manera los conocimientos sociológicos y antropológicos pueden ser utilizados para encontrar soluciones a una variedad de problemas prácticos en lo que respecta al uso de drogas.

Los datos en que se basa este análisis proceden de más de 40 estudios, que han contado con el apoyo de la OMS, sobre una gran diversidad de formas de farmacodependencia en contextos socioculturales sumamente distintos. Después de presentar cierto número de estudios monográficos dramáticos, el libro estudia los factores comunes y las diferencias entre las modalidades del consumo de drogas en esos países. Con la ayuda de otro grupo de estudios monográficos, se dan ejemplos de los diferentes métodos para tratar el problema de la farmacodependencia. Se pone de relieve que las consideraciones socioculturales son también

importantes para seleccionar los sistemas de atención sanitaria con los cuales es más probable alcanzar los resultados deseados, y que tienen una importancia decisiva en lo que se refiere a las dificultades que puede experimentar un toxicómano al tratar de abandonar el hábito. El tratamiento puede considerarse como algo que refuerza y no que interfiere en el proceso natural de recuperación.

Todo programa destinado a impedir la farmacodependencia no puede descuidar las estrategias destinadas a reducir la demanda de drogas. Se presenta también cierto número de estudios monográficos para informar de qué modo los distintos países se han enfrentado con este problema. Si bien es posible deducir principios generales de estas experiencias, no existe una estrategia única que pueda ser aplicada a todas las situaciones; la finalidad debe ser una respuesta flexible que equilibre las diversas estrategias, de conformidad con las necesidades locales.

Las conclusiones prácticas de este amplio estudio se reúnen en un capítulo dedicado a cuestiones de política y de planificación de programas. Al establecer los principios esenciales de dicha planificación, se trata de mostrar la aplicación práctica de criterios socioculturales al elaborar políticas y preparar programas y de ofrecer orientaciones explícitas, racionales y económicas.

El libro termina con una visión del porvenir a la luz del pensamiento actual sobre los problemas de la droga y las consecuencias para las políticas nacionales e internacionales.

INDICE DEL VOLUMEN 17 (1983)

Educación Médica y Salud

A

- Adiestramiento
de ejecutivos en administración pública, 216-217
de personal en el INCAP, 33-35
personal de salud y nutrición, 21-39
- Administración pública, formación y adiestramiento de ejecutivos, 216- 217
- Administración de salud
atención médica y hospitalaria, 349
enseñanza de administración estratégica en cursos de, 204, 212
enseñanza en enfermería, 433-460
y epidemiología, 110-112
noticias de educación en, 109-114, 216-220, 346-353
publicaciones sobre, 113, 350-353
- Agencia para el Desarrollo Internacional (AID, Estados Unidos), 219, 220, 468
- Agente del cambio en salud, 187-189
- Alerta Bibliográfico*, publicación de BIREME, 113-114
- Almeida, Maria Cecília Puntel de, 150
- Alvarez-Gutiérrez, Ramón, 213
- American Association of Medical Colleges, 63
- American Association of Medical Schools, 64
- American Hospital Association, 194
- American Medical Association, 194
- Angel, Luis O, 21
- Angerami, Emília Luigia Saporiti, 150

- Arango, María V. de, 40
- Arruda, Bertoldo Kruse Grande de, 314
- Asociación Internacional de Epidemiología, reunión regional, 102
- Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE), 469
- Asociación para el Procesamiento de Información en Medicina y Biología, 102
- Atención primaria, capacitación del personal de salud, 69-87
- Atención primaria en comunidades rurales, 108
- Atención primaria de salud
concepto de equidad, 192-197
- Atención primaria de salud y salud animal, 263-274
- Autoinstrucción en administración médica y hospitalaria, cursos sobre, 349
- Avila, Isidro, 227

B

- Banco Interamericano de Desarrollo (BID), 91
- Banco Mundial, 467
- Batista, Rolando, 173
- Bibliografía sobre epidemiología y administración de salud, 111-112
- Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud (BIREME), 95, 111, 128
- Brasil
administración de salud, cursos de, 217-218
evolução da escola médica, 398-413

C

- Calva, José, 227
- Canadá
 ciencia de sistemas en servicios sociales y de salud, 101
 gerencia en administración pública, programa de, 216-217
- Canales, Francisco H. de, 69
- Candau, M. G., *in memoriam*, 53
- Capacitación
 del cirujano según un modelo epidemiológico, 129-137
 del médico y enseñanza de la historia de la medicina, 423-432
 de personal y la atención primaria, 69-87
 en psiquiatría, 40-53
 de recursos humanos para el año 2000, 54-68
- Cardiopulmonary resuscitation graduate education, 179-199
- Ceitlín, Julio, 326
- Centro Internacional de Investigaciones sobre Enfermedades Diarreas, 468
- Centro Internacional para la Medicina Familiar, 326-327
- Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD), 109-110
- Cirugía dermatológica, congreso internacional de, 215-216
- Climent, Carlos E., 40
- Collado Ardón, Rolando, 243
- Colombia
 administración de salud, colaboración institucional en, 113
 capacitación en medicina quirúrgica, 129-137
 capacitación en psiquiatría, 40-53
- Comisión Económica para América Latina (NU), 55
- Conferencia
 Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma-Ata, URSS, 1978), 69
 Internacional sobre Ciencia de Sistemas Aplicada a los Servicios Sociales y de Salud para Personas de Edad Avanzada e Impedidas, 101
 Internacional sobre Salud para Todos, 343-344
 Internacional sobre Terapia de Rehidratación Oral, 468-469
 Mundial de Informática en Medicina, Cuarta, 102
- Congreso(s)
 Internacional de Cirugía Dermatológica, IV, 215-216
 Internacional de Dentistas, Octavo, 137
 Internacional de Medicina Preventiva y Social, X, 216
 Internacional de Medicina Tropical y Malaria, XI, 345
 de Pediatría 1984, 469
- Costa Rica, censo de talla en escolares, 29-33
- Cuba, personal de enfermería, formación y evaluación, 296-313
- Curso(s) de
 adiestramiento de personal, INCAP, 33-35
 administración estratégica en administración de salud, 204-212
 administración de salud, 217-218
 desarrollo de recursos humanos, 104-105
 historia de la medicina, 425-432
 intermedio de epidemiología, bioestadística y sistemas de información, 346-347
 metodología de la investigación en salud, 219

posgrado en economía sanitaria,
103-104
(véase también bajo el tema respec-
tivo)

CH

Chile

administración para ejecutivos de
salud, curso de, 218-219
enseñanza de nutrición en el siste-
ma escolar, 163-172
taller sobre epidemiología y admi-
nistración en salud, 110-112

Chirino, Lilia, 296

D

Delgado, Hernán L., 21

Dentistas, congreso internacional de,
137

Día Mundial de la Salud, 187-197

Dirección de tesis de grado, 138-149

Durana, Inés, Premio Abraham
Horwitz, 192, 213-215

E

Economía sanitaria, curso de posgra-
do, 103-104

Editorial, 3-6, 127-128

Educación y adiestramiento

administración de servicios de
salud, 109-114, 216-220, 346-
353

en enfermería, 344

en gerencia pública, 216-217

investigación en, 106-107

médica y servicios de salud, 220

en nutrición, 21-39, 163-172

en psiquiatría, 40-53

en veterinaria, 333-339

Educación veterinaria y atención pri-
maria de salud, seminario lati-
noamericano de, 333-339

El Salvador

investigación en salud, curso
sobre, 219

taller sobre salud para todos, 219

Enfermedades de transmisión sexual,
grupo consultor sobre, 339-342

Enfermeiro no seu "espaço", 150-
162

Enfermería

enseñanza de administración en
programas de, 433-460

formación y evaluación del perso-
nal de, 296-313

Grupo Consultor sobre Educación
en, 344

investigación docente-asistencial,
414-422

neurológica médico-quirúrgica, es-
pecialización, 345-346

Enseñanza

de administración estratégica, 204-
212

de administración en programas de
enfermería, 433-460

de la historia de la medicina, 423-
432

de medicina general integral, 227-
242

de nutrición, 163-172

Epidemiología

y administración, en salud, 110-
112

en medicina clínica, 7-20

Escola médica no Brasil, evolução da,
398-413

Escuela Brasileña de Salud Pública,
109, 217-218, 349

Escuelas de medicina veterinaria, tra-
bajos de extensión y servicios,
275-295

Estados Unidos, cursos de auto-instrucción o independientes, 349

F

Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina (FEPAFEM), 220
 Ferreira, José Roberto, 54, 127
 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 468
 Formación (*véase Capacitación*)
 Fundación Getulio Vargas, 109, 217-218, 349
 Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF), 214
 Fundación Rockefeller, 195
 Fundación W.K. Kellogg, 88, 109, 113, 133, 204, 433

G

García, Juan César, 363
 Garza, Juan, 275
 Gestión de empresas estatales, 348
 Grupo Consultor sobre Educación en Enfermería, 344
 Grupo Consultor sobre Enfermedades de Transmisión Sexual, 339-342
 Guerra de Macedo, Carlyle, 3, 97-100, 190
 Gutiérrez Layton, Mario, 199

H

Haddad, Jorge, 69
 Honduras, taller sobre desarrollo de recursos humanos, 105-106, 219-220

I

Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP), 109
 Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), 33-35
 Investigación educacional, programa de, 106-107 en salud, curso sobre metodología de la, 219
 Islas, Javier, 227

K

Kellogg, Fundación W.K., 88, 109, 113, 133, 204, 433
 Kleindorf, Boris, 296

L

Lane, John Cook, 197
 Lefebvre, Fernando, 461
 León, Carlos A., 40
 Libros, reseñas de, 115-124, 221-224, 354-359, 470-474
 Lima, José Carlos de Souza, 398

M

MacGregor, Carlos, 227
 Mahler, Halfdan, 187
 Martínez, Juan, 173
 Medicina
 clínica, epidemiología en, 7-20
 familiar en las Américas, 326-333
 formación de recursos humanos para el año 2000, 54-68
 general integral, programa de enseñanza, 227-242
 historia de la, en la enseñanza, 423-432

preventiva y social, congreso internacional de, 216
 quirúrgica, capacitación en, 129-137
 y sociedad, corrientes de pensamiento en el campo de la salud, 363-397
 tropical y malaria, congreso internacional, 345
 veterinaria, extensión y prestación de servicios en las escuelas de, 275-295
 Médico en el medio rural, 243-262
 México
 congreso internacional de dentistas, 137
 enseñanza de medicina general integral, 227-242
 médico rural, perfil y arraigo del, 243-262
 Misión de la OPS, 3-6, 190-192
 Monografías en el campo de la salud, 199-204
 Monterrosa, Esperanza de, 414
 Moro, Manuel, 263

N

Naciones Unidas (NU), 109
 Noticias, 97-114, 213-220, 343-353, 466-469
 de educación en administración de servicios de salud, 109-114, 216-220, 346-353
 Nutrición
 adiestramiento, necesidades de, 21-39
 enseñanza en el sistema escolar chileno, 163-172
 indicadores, en individuos y grupos, 27-29

O

Obituario, 53
 Odontología, formación de recursos humanos, 173-186
 Oficina Sanitaria Panamericana (OPS)
 Director, 97-100
 Director Adjunto, 466
 Subdirector, 213
 Olivares, Sonia, 163
 Organización Panamericana de la Salud (OPS), misión de la, 3-6

P

Panamá, curso sobre desarrollo de recursos humanos, 104-105
 Pardo de Vélez, Graciela, 129
 Pediatría, congresos de, 469
 Peralta, Andrés, 173
 Pérez, Carlos, 129
 Personal
 de enfermería, capacitación, 296-313
 de salud
 y atención primaria, capacitación para el año 2000, 69-87
 necesidad de adiestramiento en nutrición, 21-39
 Programa de la OPS, 127-128
 Pontificia Universidad Católica de Chile, 218, 219
 Premio Abraham Horwitz, 1982, 213-215
 Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria para Centro América y Panamá (PASCCAP), actividades de adiestramiento e investigación, 81-83, 104-107, 219-220

Programa de Educación en Administración de Salud en América Latina y el Caribe (PROASA) cursos, 217-218, 349
 Reunión del Comité Asesor, 88-96
 Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR), 467-468
 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 109, 467
 Programa de Personal de Salud (OPS), principios y objetivos del, 127-128
 Psiquiatría, capacitación en, 40-53
 Publicaciones sobre administración en salud, 350-353
 Publicación de la OPS y de la OMS, 115-124, 221-223, 354-359, 470-474

R

Realidad didáctica y proyecto de sociedad futura, 461-465
 Reanimación cardiopulmonar en la enseñanza de graduados, 197-199
 Recursos humanos, aplicación de componentes operativos, 105-106, 219-220
 Recursos humanos, formación médica para el año 2000, 54-68
 Recursos odontológicos, formación de, 173-186
 Rehidratación oral, conferencia internacional sobre terapia de, 468-469
 República Dominicana
 donación para la Escuela de Administración, 220

estomatología, establecimiento de la carrera de, 173-186
 Reseñas, 88-96, 187-212, 326-342, 433-465
 Ribeiro, Lúcia de Souza, 398
 Ruiz de Chávez, Manuel, 227

S

Salud animal y atención primaria, 263-274
 Salud para todos en el año 2000 y la atención primaria, 69-87
 cursos sobre, 104-105
 taller sobre, 219
 Seminario(s) sobre educación médica y servicios de salud, 220
 educación veterinaria y atención primaria de salud, 333-339
 Serpa-Flores, Roberto, 423
 Sociedad Internacional de Cirugía Dermatológica, 215-216
 Sosa-Martínez, José, 138
 Souza, Carlos Marcílio de, 7

T

Taller sobre administración de salud y seguridad social, 347-348
 desarrollo de recursos humanos, 105-106, 219-220
 enseñanza de administración en enfermería, 433-460
 enseñanza de administración estratégica en administración de salud, 204-212
 epidemiología y administración en salud, 110-112

planificación de sistemas administrativos para programas de atención primaria, 108
 salud para todos, 219
 Terapia de rehidratación oral, conferencia internacional sobre, 468-469
 Tesis de grado, dirección de, 138-149

U

Universidad de Antioquia (Colombia), 110
 Universidad Autónoma de Honduras, 105
 Universidad de Carolina del Norte (EUA), 108, 220
 Universidad Católica Madre y Maestra (República Dominicana), 173-186, 220
 Universidad de Chile, 110, 163
 Universidad de Indiana (EUA), 220
 Universidad Javeriana (Colombia), 113
 Universidad de Johns Hopkins (EUA), 63
 Universidad de Montreal (Canadá), 101

Universidade e mudança, 314-325
 Universidad Nacional Autónoma de México, 227
 Universidad Regional de Salud de Cali (Colombia), 131
 Universidad del Valle (Colombia), 130-137
 Universidad de York (Inglaterra), 103

V

Valiente, Sergio, 163
 Valverde, Víctor, 21
 Vélez Gil, Adolfo, 129
 Venezuela, educación médica y servicios de salud, seminario sobre, 220
 Veras, Renato Peixoto, 398
 Veterinaria, educación en, 333-339
 Villaseñor, Ignacio, 227

Y

Yepez, Patricio, 173

FORMULARIO DE SUSCRIPCION / SUBSCRIPTION FORM

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

Sírvanse suscribirme a / Please enter my subscription to

Educación médica y salud

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

Acompaño al efecto el correspondiente cheque giro pagadero a: Oficina Sanitaria Panamericana

I enclose check money order payable to: Pan American Sanitary Bureau

NOMBRE / Name

DIRECCION / Address

CIUDAD / City

PAIS / Country

En caso de RENOVACION DE SUSCRIPCION, sírvase devolver la etiqueta del sobre en el que recibe *Educación médica y salud*.

In case of RENEWAL, please return the address label from the envelope in which you receive *Educación médica y salud*.



INFORMACION A LOS AUTORES

Educación médica y salud gustosamente considerará para su publicación:

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

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

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

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

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

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

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

NOTICE TO AUTHORS

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

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

PUBLICACIONES CIENTIFICAS RECIENTES DE LA OPS

		Precio US\$
No. 458	Trastornos depresivos en diferentes culturas. 1983. ISBN 92-75-31458-6 (<i>En prensa</i>)	8.00
No. 457	Pautas para capacitar en nutrición a trabajadores comunitarios de salud. 1983. ISBN 92-75-31457-8 (<i>En prensa</i>)	7.00
No. 456	Compêndio Codificado da Classificação Histológica Internacional de Tumores. 1983. 144 págs. ISBN-92-75-714456-8	8.00
No. 455	Criterios de salud ambiental No. 13—Monóxido de carbono. 1983. 136 págs. ISBN-92-75-31455-1	8.00
No. 454	Criterios de salud ambiental No. 12—El ruido. 1983. 108 págs. ISBN-92-75-31454-3	8.00
No. 453	Criterios de salud ambiental No. 11—Micotoxinas. 1983. 140 págs. ISBN-92-75-31453-5	8.00
No. 452	Diagnosis of Animal Health in the Americas. 1983. ISBN-92-75-31452-7 (<i>En prensa</i>)	8.00
No. 452	Diagnóstico de la salud animal en las Américas. 1983. 288 págs. ISBN-92-75-11452-8	8.00
No. 451	Recent Advances in Immunization: A Bibliographic Review. 1983. 108 pp. ISBN-92-75-11451-X	7.00
No. 451	Avances recientes en inmunización: Una revisión bibliográfica. 1983. 112 págs. ISBN-92-75-31451-9	7.00
No. 450	Ambiente, nutrición y desarrollo mental. 1983. 86 págs. ISBN-92-75-31450-0	7.00
No. 449	Managerial Analysis of Health Systems. Technical Discussions of the XXI Pan American Conference. 1983. 60 pp. ISBN-92-75-11449-8	5.00
No. 449	Análisis gerencial de los sistemas de salud. Discusiones Técnicas de la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana. 63 págs. ISBN-92-75-31449-7	5.00
No. 448	Women in Health and Development. 1983. 102 pp. ISBN-92-75-11448-X	7.00
No. 448	La mujer en la salud y el desarrollo. 1983. 110 págs. ISBN-92-75-31448-9	7.00
No. 447	Epilepsia: Manual para trabajadores de salud. 1983. 98 págs. ISBN-92-75-31447-0	6.00
No. 446	Dimensiones sociales de la salud mental. 1983. 46 págs. ISBN-92-75-31446-2	4.00
No. 445	Oral Rehydration Therapy: An Annotated Bibliography. 2nd ed. 1983. 182 pp. ISBN-92-75-11445-5	6.00
No. 445	Terapia de rehidratación oral. Una bibliografía anotada. 2ª ed. 1983. ISBN-92-75-11445-4 (<i>En prensa</i>)	6.00
No. 444	El manejo de las emergencias nutricionales en grandes poblaciones. 1983. 98 págs. ISBN-92-75-31444-6	7.00
No. 443	Organización de los servicios de salud para situaciones de desastre. 1983. 118 págs. ISBN-92-75-31443-8	6.00
No. 443	Health Services Organization in the Event of Disaster. 1983. 112 pp. ISBN-92-75-11443-9	6.00
No. 442	El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. 13ª ed. Abram S. Benenson, ed. 1983. 506 págs. ISBN-92-75-31442-X	10.00
No. 442	Contrôle das doenças transmissíveis no homem. 13ª ed. Abram S. Benenson, ed. 1983. ISBN-92-75-71442-8 (<i>En prensa</i>)	10.00
No. 441	Programación, desarrollo y mantenimiento de establecimientos de salud. 1983. 172 págs. ISBN-92-75-31441-1	8.00
No. 440	Certificados de vacunación requeridos para los viajes internacionales y advertencias a los viajeros. 1983. 76 págs. ISBN-92-4-158008-9	6.00
No. 439	Manual de técnicas básicas para un laboratorio de salud. 1983. ISBN-92-75-31439-X (<i>En prensa</i>)	15.00
No. 438	Medical Supplies Management after Natural Disaster. 1983. 148 pp. ISBN-92-75-11438-2	6.00
No. 438	Suministros médicos con posterioridad a los desastres naturales. 1983. 156 págs. ISBN-92-75-31438-1	6.00
No. 437	Simposio Regional sobre Recursos Humanos para el Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental. 1983. 274 págs. ISBN-92-75-31437-3	8.00
No. 436	Manual para o Controle da Hanseníase. 1983. 100 págs. ISBN-92-4-154147-4	8.00
No. 435	Toward 2000: The Quest for Universal Health in the Americas, by Héctor R. Acuña. 1983. 156 pp. ISBN-92-75-11435-8	10.00
No. 435	Hacia el año 2000: En busca de la salud para todos en las Américas, por Héctor R. Acuña. 1983. 170 págs. ISBN-92-75-31435-7	10.00
No. 434	O SI para as Profissões de Saúde. 1982. 88 págs. ISBN-92-75-71434-7	4.00
No. 433	Estrategias de enseñanza-aprendizaje en la atención primaria de salud, por I. Durana y cols. 1982. 160 págs. ISBN-92-75-31433-0	6.00
No. 432	Evaluación del impacto de los programas de nutrición y salud, R. E. Klein, M. S. Read, H. W. Riecken, J. A. Brown, Jr., A. Pradilla y C. H. Daza, eds. 1982. 256 págs. ISBN-92-75-31432-2	12.00
No. 431	Agua potable y saneamiento ambiental, 1981-1990. Un camino hacia la salud. 1982. 72 págs. ISBN-92-75-31431-4	5.00
No. 430	Salud ambiental con posterioridad a los desastres naturales. 1982. 72 págs. ISBN-92-75-31430-6	6.00
No. 430	Environmental Health Management after Natural Disasters. 1982. 68 pp. ISBN-92-75-11430-7	6.00
No. 429	Anticonceptivos hormonales inyectables: aspectos técnicos y de inocuidad. 1982. 40 págs. ISBN-92-75-31429-2	4.00
No. 428	Anticonceptivos orales: aspectos técnicos y de inocuidad. 1982. 36 págs. ISBN-92-75-31428-4	4.00
No. 427	Las condiciones de salud en las Américas, 1977-1980. 1982. 404 págs. ISBN-92-75-31427-6	12.00
No. 427	Health Conditions in the Americas, 1977-1980. 1982. 398 pp. ISBN-92-75-11427-7	12.00

Se pueden enviar pedidos directamente a la Oficina Sanitaria Panamericana, 525
 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, E.U.A. En Sudamérica,
 diríjase a: Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud, OPS,
 Rua Botucatu 862, São Paulo, S.P., Brasil.

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 los 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
Bolívia
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

**MEDICINA Y SOCIEDAD—LAS CORRIENTES DE PENSAMIENTO
EN EL CAMPO DE LA SALUD**

NOTAS SOBRE A EVOLUÇÃO DA ESCOLA MÉDICA NO BRASIL

**UN ENSAYO DE INVESTIGACION EN LA DIMENSION DOCENTE-
ASISTENCIAL EN ENFERMERIA**

**LA ENSEÑANZA DE LA HISTORIA DE LA MEDICINA EN LA
FORMACION DEL MEDICO**

**TALLER SOBRE LA ENSEÑANZA DE LA ADMINISTRACION EN LOS
PROGRAMAS DE ENFERMERIA**

**FABRICACION DE UNA REALIDAD DIDACTICA ANALOGA A UN PROYECTO
DE SOCIEDAD FUTURA**

NOTICIAS

LIBROS

INDICE DEL VOLUMEN 17

