

# Educación médica y salud



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

*Educación médica y salud* es una publicación trimestral de la Organización Panamericana de la Salud creada en 1966 para servir a los países de las Américas en relación con sus actividades de desarrollo de recursos humanos en ciencias de la salud. En sus artículos se dan a conocer experiencias en el proceso de enseñanza-aprendizaje, resultados de investigaciones, documentos de trabajo e informes de reuniones técnicas de importancia para la formación de personal de salud. La revista incluye también secciones de noticias y de reseñas de publicaciones recientes de la OPS y de la OMS.

ISSN 0013-1091

Colaboran con la OPS en las publicaciones 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 Organización Panamericana de la Salud, a través de las cuales se difunden conocimientos científicos y técnicos de interés internacional para la prevención de las enfermedades y el fomento de la salud, incluyen: 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*, en inglés, publicado trimestralmente, que contiene material seleccionado especialmente por su interés para los países de habla inglesa de la Región; el *Boletín Epidemiológico*, que aparece cada dos meses (español e inglés) y ofrece información sobre enfermedades de importancia en las Américas y otras regiones, y las series *Publicaciones Científicas* y *Documentos Oficiales*, además de publicaciones varias.

# Educación médica y salud

Volumen 19, No. 1  
1985

## Artículos

- 1 Investigación sobre personal de salud: análisis de prioridades y orientaciones de política—*Luis Stulhman y Francisco Codina*
- 25 Tendencias y perspectivas de la investigación sobre personal de salud en las Américas—*Roberto P. Nogueira*
- 48 Medicina familiar no Brasil—*Guilherme Montenegro Abath*
- 74 El futuro de la atención primaria—*C. Ordoñez Carceller*
- 85 Función de las universidades en las estrategias de salud para todos—*Documento de base para las Discusiones Técnicas de la 37ª Asamblea Mundial de la Salud*

## Reseñas

- 114 Grupo de Trabajo sobre Investigación de Personal de Salud
- 129 Discusiones Técnicas, 37ª Asamblea de la Salud: Función de las Universidades en las Estrategias de Salud para Todos

## Noticias

- 144 Programas de posgrado ofrecidos por universidades chilenas en materia de salud
- 145 Curso de trabajo social psiquiátrico
- 146 Actividades del Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria de Centro América y Panamá (PASCCAP)
- 148 II Congreso Nacional de Higiene y Epidemiología
- 148 La enfermera, clave de la atención primaria de salud: recalca el Consejo Ejecutivo de la OMS

## Libros

- 150 Publicaciones de la OPS y de la OMS
- 158 Otras publicaciones

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

## 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 educacionales 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 refe-

rencias bibliográficas deben adherirse a las normas del *Index Medicus* y ser presentados, en hoja aparte, en el orden en el cual aparecen citados en el texto. Los cuadros, gráficas y diagramas deben enviarse 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 enviarse 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 pueden solicitar reimpresos de sus artículos (hasta 25).

---

## 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.

Authors of any published article may request up to 25 reprints of their article.

# Investigación sobre personal de salud: análisis de prioridades y orientaciones de política<sup>1</sup>

LUIS STULHMAN Y FRANCISCO CODINA<sup>2</sup>

---

---

## INTRODUCCION

En distintas reuniones internacionales y trabajos publicados por lo menos en los últimos 10 años se ha tratado de la investigación sobre personal de salud en las Américas. Sin embargo, no parece sencillo encontrar un enfoque sistemático del asunto. El presente documento seguramente no resolverá el tema en cuestión, pero sí tratará de:

- a) sistematizar el tema de las prioridades de investigación en este campo;
- b) ubicarlo dentro del marco más general de una política científico-tecnológica;
- c) sugerir algunas orientaciones de política para la OPS que permitan ir encarando orgánicamente el tema en los próximos años.

Considerar así la temática implica considerar, por un lado, qué es lo que hay que resolver, y por el otro, cómo estudiarlo.

El *qué investigar* (las prioridades) ya señaladas como demandas en distintos informes gubernamentales, internacionales o de expertos individuales, constituye lo que podría llamarse el conjunto de necesidades (expresadas) del sistema usuario de conocimientos.

¿En qué medida el sistema científico-técnico de nuestros países tiene respuestas para esas demandas? La insistencia en las prioridades o trabajos que estudian parte de la oferta, como el recientemente producido por Roberto Nogueira (1), sugieren que solo en menor medida.

Señala el Director de la OPS (2) entre las carencias de la Región "esfuerzos insuficientes o inadecuados en la investigación y el desarrollo tecnológico" y deficiencias en la utilización de recursos humanos. A estos temas nos vamos a referir. El énfasis en la investigación indica que las vías para obtener conocimiento sobre el sistema de salud, o sus recursos humanos, pueden ser, generalmente, dos: a) la experiencia o conocimiento común, y b) la información que suministra el sistema científico-técnico.

---

<sup>1</sup>Documento Básico para la Reunión del Grupo de Trabajo sobre Investigación de Personal de Salud, reunido en Washington, D.C., en mayo de 1984.

<sup>2</sup>Consultores de la OPS.

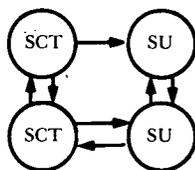
El primer camino no produce conocimiento sistemático, lo cual no quiere decir que, en diversas oportunidades, no sea exitoso. Sin embargo, debido a la complejidad de los problemas y al número de variables involucrados, parece más conveniente optar por la provisión sistemática, defendiendo en todos los casos, los resguardos necesarios específicos. No se trata, por tanto, de una variación "cientificista" sino de reducir lo más posible el número y magnitud de nuestros errores.

Los sistemas de ciencia y tecnología (o sistemas productores de conocimiento) de nuestros países han seguido dos tipos de modalidades:

a) En los países con menor desarrollo, tales sistemas son embrionarios o no existen. Así, el conocimiento necesario se importa en bloque desde algún país central. En tal caso el país importador no puede evaluar qué compra y, con frecuencia, utiliza tecnologías demasiado sofisticadas para sus necesidades (lo que a veces se ha llamado la "villa miseria con computadora"), o tecnologías totalmente obsoletas que ya no se venden en los países centrales;

b) En los países con un grado mayor de desarrollo (dentro del marco de América Latina, claro está), los sistemas científicos han seguido más bien el tipo de "modelo agroexportador de la ciencia y la tecnología" (3), con los siguientes movimientos:

*País central*



SCT: Sistema científico técnico

SU: Sistema usuario

*País periférico*

La relación esperada entre el sistema usuario (sistema de salud en este caso, organizaciones industriales en otros) con su sistema proveedor de conocimientos (los centros de investigación y desarrollo locales, los centros académicos nacionales, etc.) es una relación bloqueada. El SCT funciona aisladamente de sus posibles usuarios, investigando, a veces bien y a veces mal, temas de dudosa relevancia para el sistema usuario local.

En cambio, mantiene relaciones con el SCT del país central correspondiente, enviando información y recurso humano científico, y recibiendo información y financiamiento. A su vez, el SCT del país central si se ha ocupado de lo que es relevante investigar y desarrollar *en su contexto*, y así puede interactuar con el SU local. ¿De dónde obtiene entonces su tecnología el SU local, si carece de relaciones con el SCT nacional? Pues improvisa o reproduce lo que hace el SU del país central (con frecuencia, pagando por ello "derechos" por el uso de licencias, como por ejemplo, en la industria farmacéutica) (4). Así, tecnología con frecuencia útil en el país en que fue

generada, se transfiere (o vende) acriticamente a nuestros países, sin que exista el filtro necesario que adecúa lo que se recibe a las condiciones locales. Este es un fenómeno muy conocido y muy generalizado en los países en desarrollo, y se han buscado diferentes paliativos para el mismo, con poco éxito. Veámos ahora cómo se presenta este fenómeno en el sector salud.

Desde el punto de vista tecnológico, el sector salud tiene las siguientes características:

a) Es un sector fundamentalmente de uso de mano de obra intensivo, a diferencia de la mayor parte de las industrias que son de uso intensivo de capital. En términos de criterios heurísticos, por otra parte, los sectores pueden considerarse, fundamentalmente, según donde se ubique la tecnología:

- en la planta y el equipo;
- en la materia prima;
- en el proceso;
- en el producto;
- en los recursos humanos.

Este último atañe a los sectores sociales, como salud y educación: la tecnología es fundamentalmente desincorporada, está más bien "dentro" de las personas (recursos humanos de salud con conocimiento utilizable o utilizado). Esto no implica, por supuesto, la inexistencia de tecnología incorporada en equipos (rayos X, radiografías, laboratorio, etc.), sino que se señala el aspecto que prima: recurso humano.

b) El mercado de salud tiene características propias, como se ha señalado (5):

- La principal demanda para el uso de los recursos de salud viene fundamentalmente del principal proveedor—el médico—más que de los consumidores;
- los consumidores tienen una capacidad limitada de evaluar los servicios que reciben;
- en la medida en que los consumidores a menudo requieren atención urgente, sus posibilidades de buscar soluciones alternativas se ven limitadas.

Así el proveedor funciona independientemente de los usuarios en la selección tecnológica. El proveedor no solo decide qué es lo que el usuario requiere, sino que se espera que provea también los bienes y servicios correspondientes, y actúa como una especie de comprador calificado en nombre del paciente.

c) En términos de la naturaleza misma de la tecnología típica del sector salud, esta es, por lo menos en casi toda la atención médica, tecnología imperfecta, es decir es el tipo de tecnología en que la relación insumo-pro-

ducto no se puede predecir con seguridad sino que es probabilística: en las tecnologías secuenciales (6), por ejemplo las típicas de la industria de armado en serie (líneas de montaje) la tecnología asegura que dada cierta calidad y tipo de insumos, combinados de cierta manera, es *seguro* que saldrá tal producto. En salud, esto es diferente: dada cierta combinación de exámenes, operaciones y medicamentos, solo es *probable* que el paciente reaccione de determinada manera. Evidentemente, el área de salud que más se acerca a una tecnología secuencial es la de actividades de tipo preventivo, fundamentalmente vacunación, las que, por ende, son más fácilmente delegables hacia recurso humano con menor nivel de calificación.

En cambio, parece más racional utilizar al personal con más alto nivel de calificación cuando el problema a resolver requiere un nivel mayor de discreción: tal es el caso de gran parte de la atención médica, donde el tipo de tecnología predominantemente es la *intensiva*: la materia prima (paciente) es sometida a distintos estímulos, y la rutina a seguir en la transformación no está decidida a priori, sino que se va elaborando por "feed-back" del paciente (información que este transmite al proveedor a través de su temperatura, presión, etc.).

En este trabajo nos referiremos tanto a lo que se llama propiamente *investigaciones*, que implican adquisición de nuevos datos (primarios) con nuevas hipótesis, a través de encuestas, experimentos de campo, etc., como a los llamados *estudios*, con datos secundarios, recolectados por algún sistema de información permanente. En este último caso, lo que importa no es la fuente de datos sino su tratamiento.

## LA SITUACION DEL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN LA REGION

Un trabajo bastante reciente (7) nos permite disponer de un marco mayor que el de la investigación, dentro del cual se señalan necesidades actuales importantes. Se comenta en este trabajo: "Si analizamos la evolución histórica de los estudios de oferta y demanda, veremos que hasta mediados del siglo esto era innecesario. La demanda era tan grande que era signo de progreso el satisfacer un déficit exagerado. La preocupación estaba centrada en la planeación educacional, en los contenidos y no en lo que representaba el recurso humano como respuesta a una demanda social".

Este fenómeno también se manifestó en el campo del saneamiento ambiental. A partir de 1951, en la 4a Asamblea Mundial de la Salud se adoptó una resolución que solicitaba del Director General de la OMS apoyo a la formación de personal para el saneamiento ambiental. Como consecuencia de esta solicitud y como reacción a una creciente demanda en los países,

empezaron a surgir los cursos para ingenieros sanitarios a nivel de posgrado o de complementación universitaria.

Con la expresa relación de los niveles de salud con el mejoramiento de los niveles de bienestar, se hizo necesario enfocar el problema de los recursos humanos en su triple dimensión: la planificación, la educación y la capacitación, y la utilización. En efecto, los recursos humanos son componentes imprescindibles del proceso de desarrollo socioeconómico, íntimamente relacionados con el tipo de sociedad en que están inmersos. Por lo tanto, no será posible planificar los recursos humanos sin una definición del tipo de sociedad a la que deben atender. En otras palabras, el tipo de sociedad define un tipo de práctica de salud que genera un sistema de prestaciones que, a su vez, condiciona el tipo de recursos humanos que la ejecutará.

En general, podríamos decir que la planificación de los recursos humanos en salud después de un auge inicial, está en un período de menor actividad. Las oficinas de recursos humanos se han orientado más bien a la formación de personal técnico y auxiliar. En el último bienio aparecen signos de un renacer de la planificación en consonancia con el desarrollo de los programas de extensión de cobertura.

Los problemas que enfrenta la planificación son muy variados. Señalaremos algunos, sin pretender ser exhaustivos:

- Decisiones sobre recursos humanos fuera del contexto de la planificación general de salud.
- Enfoque por grupos ocupacionales aislados. Ausencia de planificación por "equipos de salud".
- Disociación entre planificación y educación en salud.
- Información inadecuada.
- Organización deficiente del sector salud en muchos países, lo que trae consigo la gran variedad de instituciones, normas, funciones, etc.
- Desconocimiento o conocimiento parcial de las condicionantes de la selección de profesiones en salud.
- Falta de definición de políticas y falta de estimación de los aspectos socioculturales.

Se considera que la planificación está desligada de una ideología determinada; si bien esto es cierto, también lo es que, en un determinado contexto, la planificación ha de partir de un conjunto de premisas de orden político que condicionan sus lineamientos y resultados mientras los países vivan en una etapa histórica de enfrentamiento a múltiples contradicciones y al juego de diferentes esquemas ideológicos a nivel político y económico, que se presentan en forma concomitante en un momento determinado. De tal situación no se escapa el sector salud, en cuanto a la conceptualización de la salud y la responsabilidad del Estado en la atención de la misma, así como frente al papel de los recursos humanos, las diversas modalidades de su

utilización y el conflicto entre derechos individuales e intereses de la comunidad.

Todo lo anterior dificulta la planificación de recursos humanos, pero así mismo nos orienta al desarrollo de algunos mecanismos que la hagan factible, como son:

- La promoción de la organización de sistemas adecuados de información de recursos humanos.
- Estímulo de metodologías adecuadas.
- Apoyo a los procesos de planificación integrados entre los sectores de salud y educación (pública y privada).
- Desarrollo de enfoques globales de los recursos humanos.
- Estímulo a los estudios especiales de recursos humanos (perfiles ocupacionales y procesos educacionales, análisis de la calidad del recurso humano, entendiéndose como tal la relación estrecha con la necesidad de los servicios, análisis de utilización, etc.), como parte de la investigación de servicios de salud.

### *Políticas*

En la mayoría de los países de la Región no se han definido políticas en relación con la planificación, desarrollo y utilización de los recursos humanos en salud.

Generalmente, se han planteado políticas en conexión con algunas profesiones, sobre todo las universitarias o aquellas que, en búsqueda de un ascenso social, han logrado legislaciones específicas que norman su ejercicio, derechos y responsabilidades. Sin embargo, estas políticas poco tienen que ver con el proceso de planificación, tanto educacional como de recursos humanos y menos aún con el proceso de planificación general de salud.

En algunas reuniones organizadas por la OPS, como la Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud (8), se hicieron recomendaciones para la definición de políticas de recursos humanos por los países, pero poco se ha logrado en este sentido. Consideramos que la falta de definir la política del sector salud en general en muchos países, es la causa de la ausencia de políticas de recursos humanos.

En la primera reunión sobre Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en la América Latina y el Caribe (9), se señalaron algunos lineamientos de políticas de recursos humanos en salud en los países, a saber:

- a) La formación de recursos humanos en salud y la creación de instituciones formadoras serán responsabilidad del gobierno, en función de una política de salud y educación debidamente explícita.
- b) La formulación de políticas de salud y su ejecución—inclusive el de-

sarrollo de recursos humanos—debe ser el resultado de la acción intersectorial—salud y educación—mediante la creación de organismos interinstitucionales encargados de su coordinación, ejecución y supervisión.

c) La autonomía universitaria no debe constituir un obstáculo para que las universidades participen en la definición de políticas de salud y, especialmente, de los recursos humanos necesarios.

d) La formación del personal de salud debe estar enfocada en consonancia con las políticas de salud del país, de acuerdo con su realidad sanitaria y con propensión a su transformación.

e) Toda política de salud debe tener en cuenta los recursos humanos desde el punto de vista de su cantidad y calidad, las relaciones entre las diversas categorías y debe promover los cambios que sean necesarios.

f) Cada país debe definir la estructura de su personal de atención en salud y garantizar el desarrollo equilibrado de la misma.

g) Debe revisarse la práctica médica, sus instituciones y coordinación de trabajo, para corregir o modificar las tendencias actuales.

h) Los países deberán dirigir sus acciones hacia la constitución, perfeccionamiento o extensión, según sea el caso, de servicios debidamente concebidos y planeados para prestar atención en salud a toda la población y que permitan el aprovechamiento integral de la red asistencial para la formación de profesionales de salud.

i) La práctica profesional y la estructura de la atención médica deben ser consideradas como objetos de transformación por parte de las instituciones formadoras, dentro de cualquier estrategia integral de cambio de las condiciones, en las cuales se dispensan servicios de salud a la población.

Finalmente, se debe agregar que es esencial el desarrollo de políticas de utilización de personal mediante la puesta en marcha de medidas de desarrollo del personal, tales como promoción de incentivos, educación continua, mejoramiento de la tradicional carrera funcionaria, etc. De igual manera deberán estudiarse, por medio de investigaciones específicas, sobre todo de orden económico-financiero, las implicaciones del desarrollo de los servicios de salud, en relación con una mayor utilización del personal de salud, su costo, etc.

A lo anterior, se suma el hecho de que el rápido desarrollo tecnológico de nuestra sociedad, con el consecuente impacto sobre el ambiente, exige nuevos campos de acción para el personal de saneamiento ambiental, así como una redefinición sistemática de los perfiles ocupacionales y de las carreras profesionales.

### *Formación del recurso humano*

Cabe señalar que, en la mayoría de los países, hay facilidades educativas satisfactorias para la formación universitaria. También existen dentro de

los servicios, estructuras—aunque generalmente insuficientes—para la formación de personal auxiliar; pero se advierte una grave deficiencia para la formación de personal técnico a nivel medio. Esto demanda una revisión urgente de las políticas actuales.

Sin embargo, cabe recalcar que el problema fundamental no radica en los costos iniciales de formación del personal adicional, sino en los costos recurrentes de su empleo posterior y remuneración adecuada. Estos costos plantean problemas a las instituciones nacionales y es necesario asegurar un financiamiento nacional suficiente o, en su defecto, financiamiento externo, hasta que los gastos recurrentes puedan ser absorbidos por las mismas instituciones.

En los aspectos cualitativos, el nuevo personal deberá ser formado para desempeñarse en sistemas de salud en los cuales la atención primaria es la estrategia fundamental. Por lo tanto, en los estudios debe hacerse hincapié en la salud pública y en la epidemiología y en aquellos aspectos socioculturales de la problemática de salud y enfermedad a nivel nacional y local. En otras palabras, la calidad debe considerarse como la estricta relación entre el proceso educacional y las necesidades de salud de la población.

Este planteamiento de una “calidad nueva” permite darle a las especializaciones futuras del estudiante una base científica que parte de las necesidades reales de la población y que, a la vez, hace más factible la reorientación del personal actual.

#### *Utilización de personal*

Este aspecto del desarrollo de los recursos humanos, es al que menos atención se le ha prestado. Como decíamos al inicio de este trabajo, las necesidades de personal de salud eran tan grandes que todos encontraban trabajo. Ahora esto no sucede así, y los signos de desempleo y subempleo profesional se hacen patentes. La formación de técnicos medios en salud sin autonomía de trabajo, trae consigo la rápida desocupación e incapacidad del sector salud de ir incorporando promociones sucesivas. La falta de políticas de personal de salud, hace difícil la carrera funcionaria y, en el momento actual, la rapidez de los cambios estructurales exige una formación flexible para hacer frente a las transformaciones que se producirán en las ocupaciones y al hecho de que educar es formar integralmente. Ello obliga a aumentar el contenido científico en la formación técnica y los aspectos de destrezas y aptitudes en la formación científica.

Se trata de enseñar no solo una determinada técnica, sino la aptitud para manejar técnicas, inclusive las hoy imprevisibles. En otras palabras, la formación en una atmósfera de tecnicidad. Todo lo anterior orientado al mejor desarrollo de sus comunidades, de una “preformación de la vida por la ciencia”, de la valoración de la ciencia y tecnología como instrumentos de desarrollo adecuado.

Los problemas de utilización comprenden no solo la buena distribución geográfica, sino también los problemas de distribución y redistribución de funciones, readiestramiento de personal, definición de los recursos económicos necesarios, etc. Este proceso complejo se refleja finalmente en las contradicciones tales como la necesidad de formar gran número de personal y, al mismo tiempo, en el número significativo del personal de salud desempleado o con empleo inadecuado. En consecuencia, es necesario buscar nuevos caminos que ayuden al mejoramiento del uso del personal, para lograr el empleo pleno de este personal mediante políticas socioeconómicas adecuadas, la educación permanente, el desarrollo de incentivos y el establecimiento de la denominada "carrera funcionaria".

La utilización adecuada del personal requiere el desarrollo de un proceso de educación-supervisión, que a su vez será generador de la educación continua. De acuerdo con sus varias modalidades, la educación continua permite la readaptación del personal para cumplir nuevas funciones o el constante refuerzo de las funciones que cumple ese personal, en consonancia con los cambios que ocurren en la dinámica del servicio, como especialmente sucede en la estrategia de la atención primaria de salud. Lo anterior incluye la evaluación de la formación del personal de salud, a través de los procesos mencionados de educación-supervisión y de una educación continua o permanente, diseñados como modelos a nivel nacional.

### *Planificación y programación de los recursos humanos*

Es necesario que las políticas nacionales de salud en atención primaria presenten una definición clara de la política de desarrollo de recursos humanos en salud, en consonancia con la política nacional de desarrollo de recursos humanos en general.

En el momento actual se debe dar énfasis a la utilización del personal. Los procedimientos de planificación y capacitación no constituyen problemas metodológicos ni prácticos. El empleo necesario y adecuado del personal es la estrategia más importante.

A pesar de que el personal a ser adiestrado es numeroso, este no es un problema real, ya que los países cuentan con métodos, procedimientos, recursos humanos y, en general, una tradición educacional, con lo que se podría fácilmente lograr las metas numéricas.

El problema numérico radica en la rigidez para aceptar el cambio y la aceptación de metodologías innovadoras para la formación de gran número de personas. Lo importante es la calidad del adiestramiento y por calidad entendemos la íntima relación que debe prevalecer entre el adiestramiento y las necesidades del servicio y, en consecuencia, entre el adiestramiento y las necesidades de salud de la población.

En función de lo anterior, será necesario estimular y demostrar la impor-

tancia de un diagnóstico de base, centrado en la investigación social, epidemiológica, etc. de los subsistemas de información de recursos humanos, el desarrollo de metodologías simples y reales de planificación. En situaciones de cambio como las actuales, el diagnóstico de la situación de los recursos humanos deberá emplear todas las posibilidades, desde aquellas basadas en información confiable, hasta aquellas centradas en el consenso o siguiendo aproximaciones sucesivas de acuerdo con el desarrollo de las acciones.

### PRIORIDADES DE INVESTIGACION DE PERSONAL: LO QUE SE HA DICHO

Según Wyngarden "nunca se insistirá bastante en la complejidad de este proceso de fijar prioridades de investigación" (10).

Analizando los trabajos sobre el tema, se observan cuatro estilos distintos o mecanismos de generación de prioridades:

1. A partir de la construcción de escenarios socioeconómicos, y derivar de ellos las prioridades de investigación. Ejemplo de ellos es el documento de Cuenca (11) donde se señala el desempleo, el incremento de personal asalariado, la estructura del mercado de trabajo, el papel de las organizaciones sindicales, la producción de personal de baja calificación para ampliar la cobertura, etc., y a partir de allí se derivan las prioridades de investigación de personal:

- cuantifica el mercado y el desempleo;
- estudia condiciones de trabajo;
- estudia el impacto de la tecnología, y
- cambios en la enseñanza y efectos en la práctica médica (11).

2. Una segunda modalidad es más bien "experiencial", por reuniones de expertos o informes gubernamentales que no explicitan de que marco derivan las cosas, más allá de una "observación de falencias", lo que hace más difícil priorizar un tema sobre otro, salvo cuando se incluyen descripciones del estado del sistema de servicios, y de allí se sacan criterios (impacto social, reducción de costos, estado del arte).

3. Un tercer camino es el de definir las prioridades a partir de marcos teóricos como por ejemplo, establecer un marco referencial de análisis sociopolítico y derivar de allí la necesidad de investigar los grupos de intereses, grupos de presión o agentes de demandas políticas en salud (gremios, asociaciones técnicas) (12); introducir un marco teórico de sociología de las profesiones y derivar de allí la necesidad de investigar la emergencia e institucionalización de muchas profesiones en salud (9), o esquemas similares.

4. Un cuarto mecanismo detectado es el estudio empírico del sistema de por lo menos una parte de la oferta de trabajos de investigación en salud, y derivar de lo existente las "lagunas" es decir, lo que no se ha hecho.

A partir de los trabajos identificados según las fuentes señaladas, e incorporando distintos ejemplos (13-17) a los recientemente señalados, se podría ordenar el tema de las prioridades de investigación de la siguiente manera.

1. *Necesidades de investigación derivadas del sistema de atención de salud*
  - a) Vinculadas a la operación del sistema.
    - i. Disponibilidad de recursos humanos según responsabilidad, distribución funcional, geográfica, por programas, por subsectores, migraciones, características demográficas (usualmente descripciones).
    - ii. Utilización de los recursos humanos, subempleo, subutilización, funciones, sustitución, etc.
  - b) Vinculadas a las tecnologías de gestión utilizadas por el sistema.
    - i. Técnicas de planificación, programación y productividad, funciones de producción.
    - ii. Técnicas de administración de personal y su impacto (remuneraciones, beneficios, selección, desarrollo de carrera).
  - c) Efectos organizacionales sobre la satisfacción del personal.
    - i. Relación entre tecnología básica y relaciones sociales de producción.
2. *Necesidades de investigación derivadas de un sistema educativo*

Vinculadas al rendimiento del sistema mismo. Es el aspecto más difundido por lo que no se considera necesario revisarlo aquí.
3. *Necesidades de investigación derivadas de la interfase sistema de servicios—sistema educativo*
  - a) Vinculadas a la adecuación entre un sistema y el otro: ¿se adecúa al sistema educativo, al desempeño posterior del personal? etc.
  - b) Vinculadas a la emergencia, desarrollo e institucionalización de nuevas profesiones (preparación, asociación, código de ética), autonomía, atributos actitudinales, expectativas, etc.
4. *Necesidades de investigación derivadas del contexto*
  - a) Vinculadas a las características económicas del mismo. Ej: Mercado de trabajo y sus tendencias.
  - b) Vinculadas a aspectos de organización política. Ej: emergencia y papel de las organizaciones laborales o sindicales.
  - c) Vinculadas a aspectos sociales. Ej: tendencias socioculturales de la población.

5. *Necesidades derivadas de aspectos no sustantivos (metodológicos, técnicos, de apoyo) de la investigación en personal de salud*
- a) Registros, centros de información, sistemas de información.
  - b) Metodologías de investigación.

## ORIENTACIONES DE POLITICA EN INVESTIGACION DE PERSONAL DE SALUD

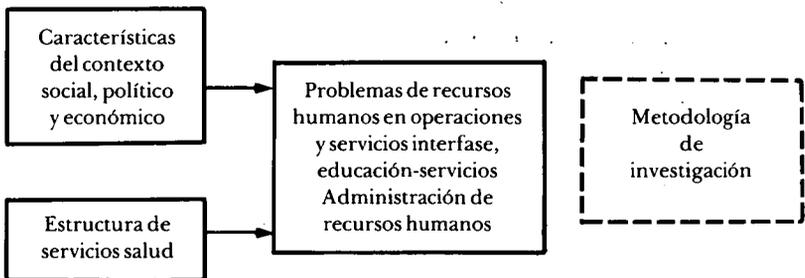
### *Formulación de una política*

Se acepta que la formulación de una política supone distintos aspectos:

- una situación presente insatisfactoria o perfectible;
- objetivos generales de transformación de esa situación;
- definición de los medios para lograrlo.

A continuación se analizan esos puntos.

La situación insatisfactoria. Esta situación abierta en las dimensiones señaladas en el primer punto, implica un conjunto de problemas que no se pueden resolver si no se realiza un esfuerzo sistemático de conocimiento (investigación) de dichos temas. La situación sería la siguiente:



Las prioridades propuestas y las prioridades de investigación sustantiva. En función de los puntos anteriores y seleccionando las prioridades por su impacto social, su impacto económico, y su posibilidad de transformar y ser transformado, se sugiere el siguiente ordenamiento:

### *Primera prioridad*

- Investigaciones sobre factores contextuales que influyan sobre el personal de salud, tales como estudios del mercado de trabajo, grupos de presión (sindicatos) o tendencias socioculturales de la población.

- Investigaciones sobre la estructura de los servicios de salud, como factor condicionante de lo que pueda ocurrir con el personal de salud y viceversa.

- Investigaciones sobre aspectos operativos y/o de gestión del sector que comprenden directamente el problema del personal, tales como: determinantes de los niveles de productividad; utilización de personal (estructura ocupacional); determinantes de la deficiente distribución espacial.

#### *Segunda prioridad*

- Interfase educación-atención. Determinaciones mutuas, adecuación, flujo de recursos, etc.

- Sociología de las profesiones: emergencia, desarrollo e institucionalización de nuevas profesiones, adaptación de las profesiones o necesidades contextuales.

#### *Tercera prioridad*

- Administración de personal, incluyendo tanto aspectos de satisfacción e impacto tecnológico como técnicas de gestión y sus resultados. La ubicación en esta prioridad no pretende restar importancia al tema, sino solo reconocer su carácter *micro* vs. el carácter *macro* de los anteriores.

#### *Cuarta prioridad*

- Estudios sobre el sistema educativo de salud, ámbito que aparece como el más trabajado hasta el presente.

#### *Prioridades metodológicas*

Se trata aquí de ir definiendo una cierta manera de realizar la tarea de investigación. En la medida en que se acepte que estamos ante la posibilidad de organizar, coordinar o, desarrollar un cierto sistema científico técnico para resolver problemas de un sistema usuario, debería considerarse como se estructura el mismo. La primera y sustancial definición tiene que ver con el problema de la calidad y la relevancia de lo que se investigue.

La calidad parece ser, en principio, un problema de ajustarse a una metodología o a algunas condiciones metodológicas, que garanticen que un proyecto de investigación respeta alguna manera más o menos lógica y más o menos institucionalizada de obtener conocimiento verdadero (comprobado, o mejor no refutado, por la experiencia):

Sin embargo, la orientación respecto a la calidad parece soportar dos enfoques diferentes:

a) Una primera alternativa es considerar que se logran investigaciones de alta calidad siguiendo los modelos metodológicos y técnicos propuestos por lo que podemos llamar ciencias "fuertes" (física, química, biología, etc.). En tal sentido, lo que en realidad se hace es "importar" recursos y artificios útiles y racionales en el nivel original en que se plantearon a un campo donde su utilidad y ajuste son sumamente dispares y, en ocasiones, hasta nulos. "Así, una investigación que incluya sofisticadas formas de muestreo probabilístico, y analice sus datos mediante análisis factorial y regresiones es considerada «valiosa» y «de alta calidad», olvidando tanto los fuertes supuestos que casi imposibilitan el pasaje de algunas de esas técnicas a áreas del conocimiento en las que no se originaron, como el hecho casi obvio pero aplastante de que la dificultad de medición de los procesos sociales obliga a la prudencia de no sofisticar el tratamiento de datos cuya relación original con el mundo de lo real es, por lo menos, bastante dudosa" (18).

b) Una segunda alternativa es la búsqueda de estrategias técnicas y metodológicas que aseguren la rigurosidad y precisión necesarias y posibles en este campo para definir entonces los cánones de calidad de acuerdo no a un modelo transvasado de otras ciencias sino de acuerdo a las necesidades específicas del área en cuestión.

Habría que considerar para ello, en trabajos posteriores problemas tales como:

- el nivel de medición de las variables;
- la forma de seleccionar las unidades;
- las herramientas de análisis;
- el valor de las investigaciones cualitativas vs. las cuantitativas.

En cuanto al tema de relevancia, se trata aquí de evaluar no cómo se hacen "buenas" investigaciones, sino qué es lo que importa investigar. Aquí los ejes a considerar son dos, con interdependencia entre ellos.

i) Una teoría que guíe la recolección y análisis e interpretación de los datos. Pedirle una teoría que puede recibir tal nombre a las ciencias sociales, y que, además, sea útil, parece una demanda que no va a encontrar oferta adecuada. Sin embargo, puede sugerirse una línea de trabajo que busque seleccionar y jerarquizar un conjunto de variables de diferentes teorías sociales, y proponga algunas relaciones entre ellas, para contar así con lo que podríamos llamar un enfoque-guía general. Conviene insistir en la idea de algunas variables y no la "importación" de conceptualizaciones completas, para no caer en el riesgo de incorporar supuestos sobre el comportamiento de los sistemas sociales que, en realidad, solo son útiles en otras disciplinas y que, introducidos en el campo de lo social, lo oscurecen

y deforman. De lo contrario continuaremos guiándonos con enfoques teóricos parciales, frecuentemente errados, y con estadística mal utilizada: “Un enfoque exclusivamente estadístico de los hechos sociohistóricos y, para más, un enfoque concentrado en la medición de detalles nimios pero que pase por alto la corriente principal, puede inducir a error tanto como una interpretación puramente cualitativa; no obstante, el error no reside en el método mismo, puede residir en la selección de los hechos, la cual siempre está guiada (abiertamente o no) por principios generales. Pero esta miopía, repitámoslo, no es inherente al enfoque estadístico, es casi siempre el resultado de una selección superficial de los hechos y de la falta de modelos teóricos con vistas a cuya prueba deberían reunirse los datos” (19).

ii) Una política nacional de salud, que permita deducir de ella una política de investigaciones que responda a necesidades contextuales. En áreas de recursos escasos (y siempre cualquier área puede recibir esta elegante denominación), no parece tener sentido que los investigadores estudien “lo que quieran”, “lo que les parezca”, “lo que es interesante”, “lo que se estudia en otros lugares”, sino lo que sirve a una política nacional. Sin embargo, esta misma escasez de recursos aumenta el costo relativo de las equivocaciones y refuerza la necesidad de investigaciones que guían las decisiones y los actos.

## LINEAS POSIBLES DE ACCION

### *A corto plazo*

1. Identificar un conjunto de instituciones en los países que puedan llevar adelante programas o proyectos de investigación social sobre los temas planteados.

Dichos centros deben tener capacidad de diseñar y/o realizar investigación y estructuras no burocráticas. Pueden ser (o estar basadas en):

- universidades;
- asociaciones profesionales;
- organismos tipo fundaciones, y
- organizaciones privadas de investigación y/o desarrollo.

2. Organizar una red con dichos centros, que permita encarar proyectos en forma colaborativa.

3. Definir en conjunto proyectos iniciales de investigación, que permitan la colaboración sin forzar a abandonar intereses nacionales específicos.

4. Paralelamente, crear un pequeño grupo de apoyo que funcione como evaluador de centros de investigación, proveedor y/o asesor metodológico y conceptual y, en general, como apoyo para resolución de problemas de los grupos nacionales.

De tal manera, podría disponerse de una red eficaz que se consolide en el tiempo respetando los principios de descentralización hacia los países, flexibilidad a los procedimientos, y cooperación entre países, estimulando los centros nacionales señalados por la organización (20).

5. Organizar el apoyo financiero a los proyectos aprobados, y establecer los sistemas de control de los mismos.

#### *A plazo medio*

Analizar la posibilidad de crear un organismo regional con un sistema de información ad-hoc, o adscribir la estructura generada a alguno preexistente, con fines de coordinación, financiamiento y promoción, como ya fuera sugerido (21).

### POSIBLES TEMAS DE INVESTIGACION

Como ya se mencionó, los problemas que se presentaron en la Región en relación con los recursos humanos de salud en decenios pasados se caracterizaban, fundamentalmente, por una escasez de profesionales de las ciencias de la salud, lo que constituía un serio estrangulamiento de la oferta de servicios de salud. En la época actual, la situación se ha invertido, pasándose a un exceso de estos profesionales que se manifiesta en elevadas tasas de desempleo y subempleo en las grandes áreas urbanas. Esta situación se agudizará en los próximos decenios debido al rápido crecimiento de la matrícula en los sistemas de formación y a la ausencia de políticas, estrategias, programas y planes de utilización de los recursos humanos del sector.

De otro lado, la profunda crisis financiera internacional ha significado para los países de la Región, en mayor o menor medida, una recesión con bajas en la producción, elevación de las tasas de desempleo y subempleo e incremento de la producción informal, reducción de los ingresos reales de los trabajadores, severas medidas de austeridad fiscal que reducen el gasto corriente y de inversión del Estado, déficit en la balanza de pagos, elevados índices de inflación y, en general, deterioro de los niveles de vida de la población de la Región.

El incremento del desempleo, la reducción de los ingresos reales de los trabajadores y la austeridad fiscal se han traducido para el sector salud en:

1. Gran presión de la población desocupada para conseguir empleo en el sector público, obligando al Estado a utilizar personal no necesario, para mitigar los efectos de la desocupación, generando un crecimiento de la subocupación.

2. Presiones de gremios, sindicatos y federaciones para incrementar las remuneraciones de los trabajadores ocupados; esto se traduce en incremen-

tos generales, no discriminativos, de salarios, que destruyen estructuras ocupacionales y producen un estrechamiento en los rangos remunerativos y una distorsión de las tareas y funciones de los distintos grupos ocupacionales.

3. Como consecuencia de lo anterior, la participación en el gasto en remuneraciones ha incrementado, en detrimento del gasto para bienes y servicios de prevención y recuperación de la salud.

4. Para la seguridad social la situación antes descrita se agudiza, ya que la recesión económica y la reducción de los salarios reales de los trabajadores significa una reducción de su recaudación real, teniendo al mismo tiempo que enfrentar incrementos de remuneración y costos de medicinas y servicios. En algunos países la situación de estas instituciones es sumamente crítica y, en muchos de ellos, se está recurriendo al endeudamiento para poder seguir prestando servicios. Esta situación, en algunos casos, compromete seriamente la supervivencia institucional.

El enfrentar la solución de los problemas, que brevemente se han enunciado, requiere de un nuevo enfoque de planificación del desarrollo y utilización de los profesionales de la salud.

Resulta evidente, también, que esta nueva situación requiere ser estudiada e investigada bajo nuevas concepciones, tanto metodológicas como de responsabilidad en su ejecución. Asimismo, las acciones para lograr los objetivos de política que se planteen requerirán coordinación y participación más activa de la comunidad toda, a través de organizaciones políticas de menor nivel, como los municipios, y de nivel intermedio del gobierno nacional y regional como direcciones regionales, de los ministerios, corporaciones regionales de desarrollo, grandes proyectos de inversión, etc. que permitan la incorporación de estas organizaciones a la tarea de elevar los niveles de salud de la población.

La meta de salud para todos en el año 2000 requiere de estrategias, programas y planes de desarrollo y utilización de profesionales de la salud a corto, mediano y largo plazo.

Los lineamientos de política deberían ser instrumentados previa investigación y estudios para poder obtener resultados tales como:

1. *Reducción de las tasas de subempleo y desempleo de los profesionales de la salud.* La formulación de esta política debería incluir, entre otros, los siguientes elementos:

- a) *Productividad de los profesionales de la salud ocupados en los ministerios de salud y otras instituciones del sector público, instituciones de seguridad social e instituciones del sector privado.* Estos estudios deberían ser integrados, incorporando todos los componentes de la función producción, y deberían proporcionar elementos para señalar y cuantificar objetivos y metas a lograr, así como aquellas que permitan diseñar las políticas y estrategias para lograrlo.

- b) *Sistemas de remuneración de personal del sector público y la seguridad social.* En éstos sistemas deberían separarse los aspectos remunerativos de los elementos estructurales-organizativos, de manera tal que los incrementos de remuneración, frecuentes por las altas tasas de inflación, no produzcan distorsiones estructurales. La valoración de puestos de trabajo debería, pues, expresarse en números índices, de modo que los aumentos salariales puedan efectuarse en la base y tener efectos en todos los niveles sin afectar las clasificaciones ocupacionales.
- c) *Establecimiento de la carrera de profesional de la salud.* El ingreso a la carrera debería incentivar la migración temporal de profesionales a las áreas urbanas menores y áreas rurales, mediante el diseño de incentivos apropiados que deberían incluir por lo menos los siguientes elementos:
  - i) remuneraciones diferenciales significativas;
  - ii) determinación clara y precisa del número de años que dura el trabajo en estas áreas;
  - iii) proporcionar oportunidades de especialización al término del trabajo en esas zonas, y
  - iv) asegurar la promoción a centros más desarrollados, al término del servicio.
- d) *Estudios generales de los mercados de trabajo.* Se hace necesario, por último, estudiar los mercados locales, regionales y nacionales de trabajo a fin de conocer su composición y tendencias, para poder prever las transferencias sectoriales de oferta y demanda de mano de obra y que, además, permitan establecer la demanda para el sector educativo. Los aspectos de ingreso del total de trabajadores ocupados deberían ser incluidos, para poder efectuar estimaciones del costo del factor mano de obra y su impacto en la recaudación de la seguridad social.

2. *Formación de profesionales de la salud.* Se hace imprescindible el diseño de investigaciones vinculadas a los sistemas de servicios y el sistema educativo con el propósito de lograr la adecuación entre un sistema y otro, las determinaciones mutuas, flujos de recursos, oportunidades de empleo para los egresados, probables niveles salariales, etc., y a los aspectos vinculados a la emergencia, desarrollo e institucionalización de nuevas profesiones.

3. *Generación de empleo para los profesionales de la salud.* Los excedentes actuales y futuros de profesionales de salud, combinados con la crisis por la que atraviesa la Región—de la que no se prevee una reactivación en un plazo corto—hace necesario políticas que puedan establecer un cauce, diferente a los tradicionales, de generación de servicios de salud. Tendrá que estudiarse la conformación de establecimientos de salud que puedan ser

financiados por los usuarios y perciban subsidio de parte del Estado, o de las instituciones de seguridad social, que transferirían, a grupos organizados de profesionales de la salud constituidos en empresas asociativas, cooperativas de servicios de salud, seguros privados, etc., la responsabilidad de proporcionar servicios de salud a diferentes grupos poblacionales. Para ello deberían efectuarse estudios financieros, matemáticos-actuariales y sociales que permitan determinar la factibilidad de proyectos de esta naturaleza.

### TECNOLOGIA CENTRAL DE APOYO Y PERSONAL DE SALUD

Un campo sobre el que poco parece haberse hecho, y que podría ser muy importante en el aspecto de estructura y administración de los recursos humanos, si hubiese apoyo empírico que ayudara a decidir como utilizarlo, sería el de la relación tecnología, estructura y recursos humanos.

Bajo los distintos nombres de sistema socio-técnico (22), relación tecnología-estructura (23), subyace una problemática de profundas consecuencias para la administración de los recursos humanos para salud. Siguiendo fundamentalmente la conceptualización de Perrow (24-25) (aunque no necesariamente su terminología) puede decirse que la tecnología que utiliza un sistema depende básicamente de dos variables:

- a) lo programable o no del proceso de transformación;
- b) lo homogéneo o no del objeto a ser transformado.

El punto a) se refiere a si existe o no una secuencia ordenada y conocida de pasos, una rutina para realizar el proceso básico de transformación del cual se ocupa el sistema (en este caso, atender la salud de la población), y el punto b) se refiere a cuánta es la variabilidad de la materia prima tratada (en este caso, cuán iguales son los pacientes entre sí). El origen de esta conceptualización remite, de alguna manera, a la conocida relación infraestructura-superestructura.

De allí se obtiene un cuadro como el siguiente:

		<i>Proceso técnico de transformación</i>	
		Programable	No programable
Objeto a transformar	Homogéneo	Tecnología rutinaria	Tecnología artesanal
	Heterogéneo	Tecnología ingenieril	Tecnología no rutinaria

En el cuadro quedan clasificados cuatro tipos de tecnologías. Volviendo a los ejemplos utilizados anteriormente, una campaña de vacunación usa tecnología rutinaria (secuencia programable, población en riesgo homogénea). Igual sucede en el caso de los exámenes en masa dado que todos los sujetos son considerados iguales (se les somete al mismo examen), y dentro de las técnicas administrativas utilizadas, especialmente las de informática (ej., estadística) siguen este patrón, mientras que la atención médica predominante no es rutinaria (dificultad de establecer rutinas, población heterogénea, cada paciente es considerado diferente). Este es el caso típico de la clínica médica.

El tipo de tecnología de proceso técnico programable pero de objeto heterogéneo se denomina ingenieril por semejanza con la típica actividad de los ingenieros: las rutinas son normales, pero se aplican de distinta manera en cada construcción. Es el caso común de las actividades de saneamiento ambiental y, seguramente, lo que diferencia tecnológicamente, a médicos de auxiliares. Estos últimos reciben un conjunto de rutinas que aplican a casos heterogéneos; el médico clínico se basa, en cambio, en un conocimiento discrecionalmente aprobado. Cabe preguntarse si los recientes intentos de rutinizar las tareas médicas no encierran una suerte de violencia sobre la naturaleza tecnológica de la actividad. No tenemos aquí respuesta al tema, solo queda planteada la duda.

En cuanto a la tecnología artesanal, toma su nombre de la actividad del artesano; este trabaja o se especializa en *una* materia prima, pero la manipula de diferentes formas casi artísticas, no en una secuencia de rutina. El ejemplo más probable en el campo de la salud puede ser la actividad de los artesanos que fabrican órtesis y prótesis.

Ahora bien, el punto importante que se destaca aquí, y que tiene ya cierto aval de evidencia empírica, es que para cada tipo de tecnología existe una forma organizacional que se adapta mejor a sus requerimientos, una estructura de organización y manejo de los recursos humanos que es más eficiente para acompañar al tipo de tecnología utilizada. En el caso de la tecnología rutinaria, es la típica organización burocrática, caracterizada por ser rígida y centralizada. Para tecnología no rutinaria, en cambio, la forma organizacional apropiada es la de una estructura flexible y descentralizada. La pregunta que cabe hacerse aquí es en qué medida, en el sector salud, en las áreas de tecnología básica no rutinaria, se opta o ha optado por una estructura o tecnología administrativa acorde con las necesidades impuestas por la tecnología básica. Probablemente, se trate de otra manera de violentar la naturaleza tecnológica del sector.

## RESUMEN

Los autores tratan de determinar las prioridades que han de asignarse al tema de la investigación sobre el personal de salud dentro del marco de

la política científico-tecnológica de los países de la Región. Aunque resulta difícil desarrollar un enfoque sistemático común que permita analizar, concretar y ubicar la infinidad de variables que constituyen el sistema de salud, es evidente que la situación de los recursos humanos en la Región—en constante evolución—comprende tres aspectos inexorablemente interrelacionados al desarrollo socioeconómico de la sociedad a la que sirven: la planificación, la educación-capacitación y la utilización de los recursos. Es precisamente la falta de políticas definidas en cuanto a estos tres elementos clave en el desarrollo de personal y servicios de salud—tanto en relación con la oferta como con la demanda—lo que el artículo examina. Hacen hincapié los autores en que, a fin de resolver realmente los problemas, es imprescindible satisfacer la gran necesidad que hay de realizar investigaciones, de manera prioritaria y en forma seria y profunda, del sistema de atención de salud, de la adecuación entre los servicios de atención y los sistemas de capacitación, y de las características económicas, políticas y sociales que conforman el propio campo de salud.

En el trabajo se analizan también las orientaciones que debe tener la política a seguir en función de las prioridades de investigación y se identifican las actividades posibles, a corto y mediano plazos, para llevar adelante programas o proyectos de investigación social sobre los temas planteados.

#### REFERENCIAS

- (1) Nogueira, Roberto. P. Tendencias y perspectivas de la investigación sobre personal de salud en las Américas (véase la pág. --).
- (2) Guerra de Macedo, Carlyle. *Declaración de Principios*. Washington, D. C. Organización Panamericana de la Salud, septiembre de 1982, pág. 3.
- (3) Suárez, F. *Los economistas argentinos*. Buenos Aires, EUDEBA, 1973.
- (4) Un estudio demostró, por ejemplo, que el rubro más desfavorable de la balanza de pagos tecnológica argentina lo constituye la industria farmacéutica, con unos 80 millones de dólares de déficit. Ver Makul, Pietragalla y otros. *Transferencia de tecnología en Argentina en 1972*. Buenos Aires, INTI, Registro Nacional de Contratos de Licencias y Transferencias de Tecnología, 1973.
- (5) Abble-Smith, B. *Value for Money in Health Services*. Londres, Heinemann, 1976, pág. 46.
- (6) Thompson, J. *Organizations in Action*. Nueva York, McGraw-Hill, 1967.
- (7) Vidal, Carlos. El desarrollo de recursos humanos en las Américas. *Educ Méd Salud* 18(1):9-33, 1984.
- (8) Organización Panamericana de la Salud. *Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud*. Publicación Científica 279. Washington, D.C., 1974, págs. 127-128.
- (9) Organización Panamericana de la Salud. *Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en la América Latina y el Caribe*. Publicación Científica 341. Washington, D.C., 1977.

- (10) Wyngarden, James. Elección de sectores prioritarios en investigación. En: *Conferencia Panamericana sobre Políticas de Investigación en Salud*. Caracas, 1982, pág. 300.
- (11) Informe Final. Reunión sobre Enseñanza de Ciencias Sociales Aplicadas a Salud. Cuenca, Ecuador, 1983.
- (12) Centro de Planificación de Salud. *Formulación de políticas de salud*. Santiago, Chile, 1975.
- (13) Guerra de Macedo, C. *Op. cit.*
- (14) Ferreira, José Roberto. La investigación y el desarrollo de recursos humanos en salud. En: *Conferencia Panamericana sobre Políticas de Investigación en Salud*. Caracas, 1982, págs. 346-350.
- (15) Informe del Grupo IV. *Conferencia Panamericana sobre Políticas de Investigación en Salud*. Caracas, 1982.
- (16) Organización Panamericana de la Salud. Estudios sobre personal de salud. *Serie de Informes Técnicos No. 481*. Ginebra, 1971.
- (17) Pillet, Juan. *Estudios e investigaciones para la planificación del recurso humano*. Documento interno, OPS.
- (18) Stuhlman, L., M. Boyer, y J. C. Veronelli. Investigación en atención médica. *Atención Médica*, Vol. 2, No. 1/2, 1973.
- (19) Bunge, Mario. *Causalidad*. Buenos Aires, EUDEBA, pág. 292.
- (20) Guerra de Macedo, C. *Op. cit.*
- (21) Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas. *Políticas Internacionales de Investigación en Salud*. Caracas, 1982, pág. 11.
- (22) Trist, E. L. *et al. Organizational Choice*. Londres, Tavistock Publications.
- (23) Stuhlman, L. Un esquema de análisis de la selección hombre-organización. En: Kreimer y Stuhlman, *Hombre y organización*. Buenos Aires, Editorial El Coloquio, 1974.
- (24) Perrow, Ch. *Organizational Analysis, A Sociological View*. California, Brooks-Cole, 1970.
- (25) Perrow, Ch. Hospitals: technology, structure and goals. En: March, J. (ed.), *Handbook of Organizations*. Nueva York, Rand McNally, 1965.

---

#### RESEARCH ON HEALTH PERSONNEL: PRIORITY ANALYSIS AND POLICY GUIDELINES (Summary)

The authors endeavor to determine the right priorities for research on health personnel in the framework of the policies on science and technology of the countries in the Region. Although it is difficult to work out a common systematic approach for the analysis, definition and location of the infinity of variables that make up a health system, it is clear that the Region's ever evolving manpower situation has three aspects that are ineluctably bound up with the socioeconomic development of the society served: the planning, education and training, and utilization of those

resources. The article considers the lack of definite policies on just these three key elements in the development of health personnel and services in relation to both the supply of and demand for them. The authors point out that a genuine solution to the problems requires imperatively the satisfaction of the great need for high priority to serious and thorough research on the health care system, on mutual responsiveness between care services and training systems, and the economic, political and social aspects of the health field itself.

The paper also considers the policy guidelines required by the research priorities, and identifies possible activities in the short and middle run for carrying forward programs and projects of social research in those subjects.

### PESQUISA SOBRE PESSOAL DE SAÚDE: ANÁLISE DE PRIORIDADES E ORIENTAÇÕES DE POLÍTICA (*Resumo*)

Os autores tratam de determinar as prioridades atribuídas ao tema da pesquisa sobre pessoal de saúde no âmbito da política científico-tecnológica dos países da região. Embora seja difícil elaborar um enfoque sistemático comum que permita analisar, concretizar e situar a infinidade de variáveis que constituem o sistema de saúde, é evidente que a situação dos recursos humanos na Região—em constante evolução—compreende três aspectos inexoravelmente inter-relacionados ao desenvolvimento sócio-econômico da sociedade a que servem: o planejamento, a educação-capacitação e a utilização dos recursos. É precisamente a falta de políticas definidas quanto a esses três elementos-chave no desenvolvimento de pessoal e serviços de saúde—tanto em relação à oferta como à demanda—que o artigo examina. Os autores enfatizam que, para resolver realmente os problemas, é imprescindível atender a grande necessidade de realizar pesquisas, de maneira prioritária, séria e profunda, sobre o sistema de cuidados de saúde, a adequação entre os serviços de saúde e os sistemas de capacitação e as características econômicas, políticas e sociais que compõem o próprio campo da saúde.

O trabalho analisa também as orientações que deve ter a política em função das prioridades de pesquisa e identifica as possíveis atividades, a curto e médio prazo, para levar adiante programas e projetos de pesquisa social sobre os temas levantados.

### ENQUÊTE SUR LE PERSONNEL DE SANTÉ: ANALYSE DES PRIORITÉS ET ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE (*Résumé*)

Les auteurs s'efforcent de déterminer le degré de priorité à donner au thème de l'enquête sur le personnel de santé dans le cadre de la politique scientifique et technique des pays de la région. Bien qu'il soit difficile de définir une optique systématique commune pour analyser, cerner et localiser l'infinité de variables qui constituent le système de santé, il est évident que la situation des ressources humaines de la région—en constante évolution—comprend trois aspects inexorablement liés au développement socio-économique de la société desservie: la planification, l'édu-

cation-formation et l'utilisation des ressources. C'est précisément l'absence de politiques définies à l'égard de ces trois éléments clés du développement du personnel et des services de santé—tant du point de vue de l'offre que de celui de la demande—qu'examine cet article. Les auteurs insistent sur le fait que, pour résoudre réellement les problèmes, il est indispensable de satisfaire le besoin d'effectuer des enquêtes, de façon prioritaire, avec sérieux et en profondeur, sur le système des soins de santé, l'adaptation entre les services de soins et les systèmes de formation, et les caractéristiques économiques, politiques et sociales du domaine de la santé.

Cette étude analyse également les orientations à donner à la politique à suivre en fonction des priorités de la recherche et identifie les activités possibles, à court et à moyen terme, pour exécuter des programmes ou projets de recherche sociale sur les thème posés.

# Tendencias y perspectivas de la investigación sobre personal de salud en las Américas<sup>1</sup>

ROBERTO P. NOGUEIRA<sup>2</sup>

---

## INTRODUCCION

Una de las peculiaridades económicas del sector de prestación de servicios de salud es su naturaleza de trabajo intensivo. Se calcula que de un 60 a un 80% del presupuesto destinado por los países al rubro de salud se gasta en personal. Esto significa que, a pesar del notable dinamismo tecnológico del sector, el trabajo es aún el insumo más importante en el proceso de atención de salud; o sea, se emplea, proporcionalmente, más fuerza de trabajo que recursos de otra naturaleza.

En el transcurso de los últimos decenios, las presiones de los grupos sociales organizados y la intervención del Estado llevaron a una enorme extensión del aparato productor de servicios de salud y, simultáneamente, garantizaron el consumo a través de mecanismos tales como el seguro social, la asistencia pública y el seguro privado. Durante el período de la posguerra, una absorción significativa de trabajadores por el sector fue, en parte, determinada por esos factores de tipo político-social, que redundaron en el aumento de la oferta de servicios de salud, provocado por los seguros sociales y, más recientemente, por la extensión de la cobertura. Por otro lado, como el grado de automatización y mecanización del trabajo en salud es reducido, lo que le confiere el carácter de trabajo intensivo, se acentuó aún más la capacidad de generación de empleos por parte del sector salud.

Estas tendencias pueden verificarse tanto en los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. El estudio realizado por Bui Dang Ha Doan (1), para la OMS, demostró que, entre 1965 y 1975, en el conjunto de los países desarrollados, la densidad por 100.000 habitantes del personal de salud, aumentó de 153 a 190, en relación con los médicos; de 296 a 372, en relación con las enfermeras y parteras; y, de 28 a 43 en relación con los técnicos de laboratorios. En las Américas, se verifica un crecimiento similar en el número del personal de salud en las categorías analizadas, para la mayoría de las subregiones.

---

<sup>1</sup>Preparado especialmente como documento introductorio a la reunión del Grupo de Trabajo sobre Prioridades de Investigación sobre Personal de Salud del Programa de Personal de Salud de la OPS y presentado en la Reunión sobre Ciencias Sociales Aplicadas a la Enseñanza de la Salud, Cuenca, Ecuador, noviembre de 1983.

<sup>2</sup>Consultor de Recursos Humanos, OPS, Brasília, Brasil.

El aumento de la densidad del personal de salud es indicativo del crecimiento del consumo de esos servicios, en el período 1965-1975, correspondiente a una coyuntura económica mundial favorable y a las políticas sociales de corte Keynesiano que aseguraban una demanda efectiva, por medio del estímulo de sectores económicos no productivos. A partir de 1975 (o más precisamente de 1973) se encierra el ciclo de expansión de la producción capitalista iniciado en los años inmediatos después de la II Guerra Mundial, y los sectores sociales, incluso el de salud, sufren las consecuencias de un conflicto agudo entre las presiones de la demanda, que continúan siendo considerables, y la capacidad de captación y de distribución de los recursos por el Estado, en un momento de recesión económica generalizada. Desde entonces, al parecer, disminuyó el ritmo de absorción de la fuerza de trabajo no solo en el campo de la salud, sino también para el conjunto de la economía en los países capitalistas. Esta tendencia, a pesar de que no pueda ser comprobada con datos objetivos, como los de un censo, se puede apreciar en los innumerables indicios de desempleo y subempleo del personal de salud, incluyendo médicos. Es evidente que estas dos coyunturas (una de extensión y otra de disminución de la oferta de empleo) se reflejaron en forma totalmente diferente en las políticas del personal y, por consiguiente, sobre los objetos considerados de interés para el desarrollo de las investigaciones en esta área.

Es así que, tomando en cuenta los condicionantes económico-políticos de la actividad científica, optamos por analizar, en este trabajo dedicado a la evaluación de las investigaciones de personal de salud, dos períodos: el de 1965 a 1975 y el de 1976 a 1982.

### DELIMITACION DEL TEMA

Las características mencionadas hacen que la fuerza de trabajo en el sector salud tenga un peso considerable en la estructura de gastos del sector, y colocan el estudio de este tema como una de las actividades de más trascendencia con la finalidad de darle base a una política de intervención, tanto a nivel nacional como en el esfuerzo de cooperación internacional.

Sin embargo, pocos fueron los esfuerzos que se realizaron para evaluar la producción científica sobre personal de salud, observación que es válida para todo el campo de los servicios de salud. Es innegable la importancia de registrar las tendencias de esta producción, con el fin de indicar las lagunas, deficiencias y necesidades de una reorientación.

Una de las primeras dificultades que surgen al respecto es la de saber exactamente lo que se quiere decir cuando se emplea la expresión "personal de salud". Se justifica la duda, por el hecho de que, a pesar de existir cierto monopolio y control de las habilidades y prerrogativas en el ejercicio de las prácticas de salud, las responsabilidades por la realización de los cuidados

de la salud son bastante difusas en nuestras sociedades. Toda una gama de actos de salud, expresada por la denominación genérica de autocuidado, se realiza sin la intervención técnica de profesionales en el área—y las investigaciones comprueban que la gran mayoría de los problemas de salud se resuelven así—por iniciativa individual o de grupos oficialmente no legítimos, tales como las parteras empíricas, los curanderos y mediante otras prácticas de la medicina popular o tradicional.

¿Podemos, entonces, tomar la expresión “personal de salud” en un sentido bastante elástico, y designar con ella a todos los que practican actos de salud, independientemente de su carácter profesional o de legitimidad? Coloquemos el asunto en forma más concreta, dentro de aquello que nos compete en este momento: los estudios sobre autocuidado, practicantes tradicionales y participación comunitaria, ¿pueden considerarse como investigaciones sobre personal de salud?

Aparentemente, no existe un impedimento teórico para que la expresión pueda ser usada con esa amplitud. Cualquiera que produzca trabajo en el campo de la salud o colabore en el mantenimiento y recuperación de la salud puede verse como integrante del personal o de los recursos humanos en salud.

Con todo, asumimos o presuponemos que, para caracterizar un estudio cuyo objetivo es el personal en salud, debe existir, en relación con el objeto investigado, algún apoyo institucional que se verifique en el momento de la capacitación o algún apoyo legal en el momento del proceso de trabajo. Se entiende aquí la capacitación en el sentido de la preparación para el trabajo (lo que es diferente de la educación para la salud), aun cuando este no sea remunerado. Por otra parte, hay que considerar los mecanismos legales referentes a la utilización: un ayudante de consultorio particular, por ejemplo, es parte del personal de salud, a pesar de que no haya recibido ninguna preparación formal para el ejercicio de esa función, ya que está sometido a normas jurídicas que rigen sus relaciones con el empleador.

De este modo, no son parte del personal de salud los practicantes del autocuidado y los que están ligados al sistema informal de atención de salud si no cuentan con una preparación específica por parte de las instituciones de salud. Pero sí lo son las parteras y los promotores de salud (voluntarios), ya que han recibido capacitación para actuar como parte articulada del sistema de salud formal. También están excluidos de esa clasificación los agentes de participación comunitaria. Sin embargo, en ciertos estudios sobre medicina comunitaria (como modelo de formación de médicos y otros profesionales de la salud integrados a los servicios) en la cual la participación de la comunidad forma un componente importante, encontramos que es justo colocarlos sobre la rúbrica “personal de salud”, porque se refieren a estrategias o métodos de enseñanza.

En realidad se trata de una distinción para fines pragmáticos, que facilitará sobre todo la evaluación a la que procederemos en este trabajo. Todos

los objetos que tengan estas características, serán tratados bajo la rúbrica "personal de salud".

Metodológicamente, nos proponemos efectuar esta evaluación, revisando tres fuentes de artículos científicos: los publicados en la revista de la OPS, *Educación médica y salud*, de 1966 a 1982; los registrados en el *Index Medicus Latinoamericano*; 1980-1982, y artículos y documentos recientes provenientes de varios países de las Américas.

Para establecer los temas y las líneas de mayor interés en esta evaluación, es menester antes que nada trazar un análisis teórico que implique una toma de posición epistemológica sobre el asunto.

### DISCUSION TEORICA: TENDENCIAS GENERALES EN EL PERIODO 1965-1982

Un análisis superficial sobre los problemas del personal de salud en las Américas durante el período en estudio identifica de inmediato los dos cambios más significativos ocurridos: por un lado, la producción de personal y, por el otro, su alistamiento en el mercado de trabajo, o sea:

a) el ritmo de formación de profesionales de nivel universitario, que se había intensificado considerablemente en el período de 1965-1975 tiende a ser contenido desde esa época;

b) la capacidad de absorción de personal universitario disminuye acentuadamente y produce un superávit relativo en la oferta de esos trabajadores.

Evidentemente, se trata de fenómenos que se relacionan entre sí y están determinados por dos coyunturas diferentes, sociales y económicas, de las sociedades capitalistas periféricas; por lo tanto, no se trata únicamente de tendencias sectoriales.

Entre 1965 y 1975, el número de escuelas médicas aumentó en un 137% en los países en desarrollo de todo el mundo. Según información de la OMS, pasaron de 254 a 608 establecimientos de ese género; en los países desarrollados se registró un aumento bastante menor, de 377 a 516 escuelas, lo que representa un crecimiento de apenas un 37%.

Durante ese mismo período se crearon en el Brasil 53 escuelas médicas (lo que representa una tasa de crecimiento del 230%); en México, se abrieron 34 escuelas (o sea un 18% de aumento); en Colombia, se duplicó el número de escuelas médicas, pasando de siete a 14. Para efectos de comparación, conviene citar que en los Estados Unidos de América, se crearon 38 escuelas en ese período (un crecimiento del 45%).

El aumento espectacular del número de establecimientos de enseñanza médica y de los graduados de esa profesión, así como de las otras carreras universitarias de ciencias de la salud, forma parte de una demanda general por la enseñanza superior. Lo anterior se debió a la ascensión de la clase

media de la sociedad, marcada en esta fase por un despegue desarrollista, asociado a modelos populistas o autoritarios de gobierno que, a pesar de la situación estructural de dependencia, hicieron evolucionar en gran medida las fuerzas productivas nacionales, instalando en algunos países una base industrial considerable y ampliando bastante el mercado de consumo interno de bienes y servicios.

Con la extensión y la consolidación de la seguridad social, se engendró la base financiera que permitió, en la mayoría de los países, vigorizar otra vez la extensión de la asistencia médica a nuevos grupos sociales y, de un modo general, llevó al aumento de la proporción de la población atendida por esos servicios, con el consiguiente efecto de cierto crecimiento en la demanda, o nivel del mercado de trabajo, de médicos y de todo el personal de salud.

Durante 1965-1975, la densidad de la categoría médica por 100.000 habitantes, presentó un aumento del 22,4% en la América del Sur Tropical y del 27,4% en la América del Sur Templada, muy superior al 12,9% verificado en los países de la América del Norte. Es interesante constatar que ese índice de oferta de fuerza de trabajo médico era ya prácticamente igual en 1975 en la América del Sur Templada, comparada con la América del Norte (158 y 166, respectivamente) (1,2).

No cabe duda de que una parte nada despreciable de los profesionales de salud formados en ese período constituyeron un excedente frente a las necesidades y las oportunidades de empleo generadas por el mercado de trabajo, a pesar del aumento mencionado. Sin embargo, esto no debe tomarse como un fenómeno anómalo o de desequilibrio, ya que la relativa sobreoferta de médicos y otros profesionales de salud fue justamente lo que aseguró la diversificación y el crecimiento del aparato asistencial en sus múltiples niveles de complejidad de la atención de salud, e inclusive, más recientemente, viabilizó financieramente la puesta en marcha de la política de atención primaria de salud y la extensión de la cobertura de los servicios.

La oferta de enfermeros y profesionales de tipo auxiliar creció también a un ritmo superior al del aumento de la población, reflejando una tendencia semejante. Los datos disponibles para los países en desarrollo, no revelan una mayor coherencia entre estos (cuadro 1).

El desarrollo de la enseñanza de posgrado en salud fue, en parte, posible gracias a esa situación estructural de exceso relativo de oferta de personal universitario, constituyendo, muchas veces, una opción de "subempleo disfrazado" para los alumnos egresados de las facultades.

La incorporación de personal auxiliar en los servicios de salud no siempre se produjo teniendo como vector principal la necesidad debida al aumento de la productividad del trabajo. Esta fue apenas una de las fuerzas que estimularon a lo largo de esos años la mayor utilización de las categorías llamadas de nivel medio o elemental, porque del área de prestación de

Cuadro 1. Densidad del personal de salud en las Américas (por 100.000 habitantes)<sup>a</sup>.

Región	Médicos			Enfermeros y parteros			Auxiliares de enfermería y parteras			Técnicos de laboratorio		
	C.1965	C.1975	(%)	C.1965	C.1975	(%)	C.1965	C.1975	(%)	C.1965	C.1975	(%)
América del Sur Tropical	49	60	22,4	14	29	107,1	35	42	20	3	6	100
América del Sur Templada	124	158	27,4	50	48	-4	28	87	210,7	2	8	300
Centro América Continental	45	51	13,3	21	29	38,1	47	49	4,3	2	4	100
América del Norte	147	166	12,9	348	423	21,6	158	227	43,7	27	78	66

<sup>a</sup>Para los países con información disponible.

Fuente: Organización Mundial de la Salud.

servicios de salud, por sus peculiaridades de proceso "trabajo intensivo" depende, en parte, para aumentar su producción, dada una cantidad de recursos humanos y financieros, de la redistribución e integración de las tareas, en funciones que reproducen muchas veces la dinámica de las antiguas fábricas. Para ciertas funciones, los gastos son menos cuando se le asigna al personal subalterno las tareas más simples y rutinarias y se emplea al personal de tipo universitario, especialmente médicos, para el ejercicio de procedimientos más complejos en términos de exigencia de calificación, habilidad y poder de decisión. Sin embargo, existen otros determinantes en la incorporación creciente de personal auxiliar, como es la introducción de nuevas tecnologías instrumentales, cuyo manejo se atribuye, en parte, a esas categorías.

Conviene destacar que en el campo de la salud ocurre también, como en todo proceso de trabajo, en donde intervienen directa o indirectamente las relaciones capitalistas de producción, el fenómeno de calificación/descalificación del trabajo (3). Para el conjunto de la fuerza de trabajo en salud, esto se puede constatar cuando se compara la tasa de incorporación de médicos y auxiliares, que son los profesionales de mayor y menor calificación general, respectivamente, con los de otras categorías. Por ejemplo, en el Brasil, a través de datos obtenidos por la investigación de recursos humanos de la Escuela Nacional de Salud Pública, tomando como base los censos de 1970 a 1980, los dos grupos profesionales que mayor índice de crecimiento presentaron fueron los médicos y los "enfermeros no-diplomados". Este último grupo comprende, en proporción bastante significativa, los profesionales de nivel elemental, clásicamente llamados ayudantes (cuadro 2). Estos dos grupos componen un 65% del total de la fuerza de trabajo en salud.

La investigación mencionada revela datos que llevan a conclusiones de

*Cuadro 2. Evolución de la fuerza de trabajo en salud, Brasil, 1970-1980.*

Componente de la fuerza de trabajo	Año del censo 1970	% del total de la fuerza de trabajo	Año del censo 1980	% del total de la fuerza de trabajo	% 1970-1980
Personal a nivel superior	84.824	27,6	195.133	31,8	130,0
Personal auxiliar	221.906	72,4	419.553	68,2	89,1
Médicos 45.113	14,7	101.793	16,6	125,6	
Enfermeros no diplomados	134.099	43,7	300.388	48,9	124,0
Total de mujeres	146.624	47,8	357.049	58,1	143,5
Médicos con menos de 10 S.M.	14.256	31,6 <sup>a</sup>	50.245	49,3 <sup>a</sup>	252,2
Total de la fuerza de trabajo	306.730	100	614.686	100	100,4

<sup>a</sup>En relación al total de médicos.

Fuente: Escuela Nacional de Salud Pública/Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística.

gran interés para todos los que se ocupan de los problemas de personal de salud. A continuación presentamos algunos resultados preliminares, los que creemos concuerdan con los de otros países en desarrollo de Latinoamérica:

a) en el período 1970-1980, el total de la fuerza de trabajo en salud (FDT) en el Brasil, aumentó en un 109%, superando en mucho el crecimiento de la población económicamente activa (PEA) que llegó apenas a un 52%;

b) la fuerza de trabajo técnica, compuesta de categorías pertinentes al área de salud, también se duplicó, sumando en 1980 más de 600.000 trabajadores;

c) el personal de nivel superior aumentó más que el de nivel auxiliar, 130% contra 89%;

d) el crecimiento de la fuerza de trabajo técnico se presenta de forma tal que genera una polarización entre médico y enfermeros no-diplomados (tasas de crecimiento de 125,6 y 124%, respectivamente);

e) el conjunto de la fuerza de trabajo en salud presenta una participación femenina acentuada del 47,8% de la FDT en 1970 al 58,1% en 1980;

f) es patente la pérdida de rendimiento que sufrieron ciertas categorías, en función de la suboferta en el mercado de trabajo. Por ejemplo, los médicos que ganan menos de 10 salarios mínimos\*, aumentaron de 31,6 a 49,3%, lo que en parte se explica por su incorporación al mercado de trabajo por medio de mecanismos tales como la residencia médica, lo que seguramente evidenció una pérdida de renta real, en una situación de relativo exceso de oferta proveniente del aparato formador.

El paso de una situación de déficit de oferta de médicos y otras categorías de tipo universitaria a una situación en que se observa cada vez más el exceso de producción, se presentó prácticamente en todos los países de la Región durante el período 1965-1982; este cambio de prioridad afectó todas las políticas de recursos humanos en salud seguidas por los gobiernos. En 1966, la revista *Educación médica y salud* surge justamente de esa preocupación, con el fin de estimular los estudios sobre la formación del médico, los métodos y procesos curriculares, y propiciar un incremento en la productividad de las escuelas existentes, ya sea mediante el uso de tecnologías de instrucción más modernas, o la creación de nuevas escuelas, considerando imprescindible elevar su número a corto plazo en la América Latina.

En el primer número de esa revista, Amador Néghme R. (4) trataba de la internacionalización del problema de la educación médica, observando:

"Otra situación que también contribuye a esta internacionalización de la educación médica es su expansión progresiva como medio de satisfacer la demanda creciente de atención médica. Esta mayor demanda resulta del rápido crecimiento demográ-

---

\*Salario mínimo es el señalado por el Gobierno brasileño de acuerdo al proceso inflacionario.

fico de los países—especialmente de aquellos en desarrollo—del incremento de la cultura general, de la migración de la población rural hacia las ciudades, de la urbanización acelerada de los pueblos y del establecimiento de sistemas de seguro social con su secuela inevitable que es la socialización—o al menos, la funcionarización—de la medicina”.

Había todo un ambiente favorable, no solo en el aumento de la enseñanza médica, justificada por las dimensiones demográficas y epidemiológicas de los problemas de la asistencia salud, sino verificada, igualmente, en una política expresa, por parte de la OPS y de los gobiernos nacionales, de perfeccionar o racionalizar el sistema universitario, para volverlo más ágil ante la busca incesante de la enseñanza superior por la clase media de la sociedad. Fue en el decenio de 1960 que ocurrió un fuerte movimiento de reforma universitaria, en todo el Continente americano; se instituyó el régimen departamental o currículo por créditos, etc., como parte de una estrategia de modernización de la universidad, que generalmente siguió de cerca el paradigma prevalente en los Estados Unidos.

En este último país, el estímulo a la formación en masa de médicos surgió en 1963, cuando por primera vez una legislación específica autorizaba al Gobierno a suplementar, con recursos federales, la educación de los profesionales de salud a nivel universitario, con énfasis en el médico. Todavía en 1973, la Comisión Carnegie, que realizó un diagnóstico de las condiciones de la asistencia de salud en el país, concluyó que era necesario continuar apoyando la formación continua de esos profesionales, debido a que escaseaban en ciudades del interior y en las áreas rurales, a pesar de que la oferta, principalmente de médico, debía ser correctamente evaluada. A partir de 1976, con la creación del “Graduate Medical Education National Advisory Committee” (GMENAC), una comisión asesora de la Secretaría de Salud, Educación y Bienestar,\* se reveló una tendencia contraria, de limitación en la producción de profesionales de salud (5,6). Después de cuatro años de estudio, el GMENAC estableció la provisión de que, de continuar con el ritmo de “producción”, las escuelas de medicina podrían llegar a generar un excedente de 70.000 médicos en 1990. La Comisión recomendó que las escuelas de medicina en los Estados Unidos redujesen, a corto plazo, en un 10% el número de alumnos que admitían anualmente y que el Gobierno estableciese medidas drásticamente coercitivas a la entrada en el país de médicos graduados en otros países.

La migración internacional de médicos constituyó, como se sabe, tema siempre de actualidad en el contexto de los debates sobre recursos humanos promovidos por los Cuerpos Directivos de la OMS, en los años 70. Un estudio pormenorizado hecho por Mejía y colaboradores (7), demostró que en 1972 existían 170.000 médicos fuera de los países en donde habían

---

\*Ahora Secretaría de Salud y Servicios Humanos.

nacido o habían sido formados. De ese total, casi la mitad (68.000) se encontraba en los Estados Unidos, muchos de ellos provenientes de los países de la América Latina, en donde la educación masiva de médicos, ocurrida en los años 60, se considera un factor principal en la carencia de oportunidades de empleo, y que determinó la evasión de la fuerza de trabajo médico.

La sobreproducción de médicos y otros profesionales de tipo universitario no puede encararse como un fenómeno pasajero, como un desequilibrio momentáneo entre la oferta y la demanda del mercado de trabajo. De hecho, es esa sobreoferta la que garantiza, por un lado, la rentabilidad de los gastos privados en el sector, al provocar la reducción de los salarios a los trabajadores ya empleados, favoreciendo de un modo general las formas empresariales de la práctica médica a través de sistemas como los de la medicina de grupo. Por otro lado, esa reducción en los costos de la fuerza de trabajo en salud, como ya se dijo, asociada al uso extensivo de personal de baja calificación educacional, ha sido uno de los pilares de las políticas estatales de extensión de la cobertura y la atención primaria.

En la segunda mitad del decenio de 1970, se intensificaron las variantes de esas políticas en materia de recursos humanos, a través de diferentes movimientos que recomendaban la introducción de nuevos tipos de profesionales, tales como el médico general, o auxiliar de salud polivalente, o agente comunitario. La preocupación constante por encontrar alternativas de esquemas asistenciales de costo reducido, muchas veces condujo a soluciones en las que la descalificación relativa del trabajo llevó a una bajísima capacidad de resolución de los servicios ofrecidos a los grupos más pobres de la población.

En los años 60 y a principios de los 70, se presentaron las tendencias que proclamaban la reforma curricular y estructural de la enseñanza médica. Los educadores médicos "progresistas" se volcaron hacia modelos nuevos de capacitación, como los de integración docente-asistencial, conjugados—en diferentes medidas—a los programas de extensión comunitaria o a una práctica más restrictiva denominada medicina comunitaria, en donde necesariamente se divisa algún tipo de participación y envuelve a los grupos sociales a los que se asiste.

Después de la Declaración de Alma-Ata, los programas y las políticas de extensión de cobertura y atención primaria, procuraron otras soluciones educacionales que no dependieran tanto del aparato formador y de los riesgos o desvíos identificados en la tradición académica, a pesar de que la universidad se propone trabajar sin paredes, como es el caso de los Programas de Integración Docente-Asistencial (IDA). Mencionamos, como ejemplos, la integración enseñanza-servicio en el ámbito de las instituciones de salud para preparar personal auxiliar, así como los procesos de educación continua de todo el personal ya empleado en la red asistencial. La supervisión y la educación continua, junto con los sistemas de información, pasan

a ser considerados como instrumentos privilegiados para contornar las deficiencias de la educación universitaria y reciclar las profesiones dentro de una orientación de atención primaria y de las necesidades globales de salud, a pesar de que su aplicación no siempre surta los efectos deseados, debido a los innumerables impedimentos y problemas de orden político y administrativo a que se someten los programas de extensión de la cobertura.

En resumen, las principales tendencias que se pueden identificar sobre el personal de salud en el período 1965-1982 son las siguientes:

a) cambios en el ritmo de la producción de personal de nivel superior, particularmente de médicos; aumento considerable de las escuelas y de los graduados entre 1965-1975; tentativa de contener y reducir la oferta a partir de mediados del decenio de 1970;

b) disminución de la capacidad de absorción por el mercado de trabajo, ocasionando relativo superávit en la oferta de trabajadores de salud, el desempleo y subempleo, de la misma manera que se presentó en el conjunto de la economía de los países periféricos, debido a la etapa de desaceleración y crisis de la producción iniciada en 1973;

c) alteración en la estructura interna de la fuerza de trabajo y sus características: feminización progresiva, polarización creciente con elevada participación de trabajadores más y menos calificados (médicos y auxiliares), intensificación del uso y formación de personal auxiliar, dominación de la renta real de trabajadores ocupados, continuidad en el proceso de transformar en asalariado al productor principal (médico);

d) prioridad en las políticas de recursos humanos en la segunda mitad del decenio de 1970: la formación ampliada y masiva de médicos y otros profesionales de nivel superior es desestimulada; el énfasis pasa a la capacitación con integración enseñanza-servicio en proyectos de asistencia comunitaria y extensión de la cobertura, dirigido sobre todo a la formación del médico general y a las especialidades básicas: se estimula la preparación masiva de personal auxiliar, especialmente de parte de las propias instituciones de servicio y con capacitación en el trabajo; se destaca la educación continua, incluso como forma de suprimir las deficiencias de formación inicial, en cuanto a las tecnologías y necesidades peculiares de los servicios básicos.

Es importante resaltar, después de esta síntesis que las interrogantes más importantes hoy en día, en cuanto al personal de salud, definitivamente no se refieren únicamente al polo de la formación, sino también al polo del mercado de trabajo. Ambos se encuentran íntimamente asociados al superávit de la oferta de profesionales y a la situación de la disminución del salario o del subempleo/desempleo. En primer lugar, en un plano propiamente político, se sitúan los movimientos de carácter corporativo, iniciados por organismos de clase, que tratan de proporcionar a sus miembros mejores

condiciones de remuneración y trabajo. Inevitablemente surgen aquí las diferencias de subgrupos, con sus intereses e ideologías, en el seno de cada categoría de salud, luchando, y algunas veces compitiendo entre sí, por oportunidades y ganancias en el mercado de trabajo. Las variadas formas de vinculación de los profesionales al mercado de trabajo, los objetivos corporativos que se proponen, su "discurso" sobre las prácticas de salud y las necesidades de la población constituyen todo un nuevo campo al que se encuentra ligado el tema de personal de salud, como fruto de un movimiento social que se establece, sobre todo, a partir de 1975.

En un segundo lugar, y en parte como respuesta a las reivindicaciones y movimientos sindicales de las categorías de salud, surgen medidas político/institucionales que buscan conferir una forma más racionalizada a la administración de personal, sobre todo en los aspectos de cargos y salarios. Toda y cualquier política moderna de recursos humanos en salud se ve obligada a, por lo menos, hacer referencia a las necesidades de estructurar planes más justos y equitativos de cargos y salarios, a pesar de su difícil implementación, ya que, si por un lado, aceptan conceder algunas ventajas económicas y profesionales a los grupos que tienen mayor capacidad de movilización y presión (en general, médicos, enfermeros y sanitaristas), no consiguen, por otro lado, como medida administrativa/racionalizadora, tener gran éxito, ya que implican, invariablemente, un aumento en los gastos de personal, lo que una institución difícilmente soporta en tiempos de recesión.

En esa situación de superávit de personal y de no-correspondencia entre las directivas de atención primaria y las características de la fuerza de trabajo ofrecida por el aparato formador tradicional, no solo se vuelven apremiantes las cuestiones ligadas a la administración de los recursos humanos, sino que se visualiza, además, a la planificación como un arma indefectible para corregir las distorsiones y desarmonías entre formación y utilización. La planificación de recursos humanos, como instrumento de la política de atención primaria y servicios básicos, se enfatiza cada vez más por los organismos estatales de coordinación del sector y por la OPS, dentro de la perspectiva de una posible intervención eficaz en las relaciones entre formación y mercado de trabajo, especialmente del sector que está bajo la responsabilidad directa del Estado.

Nada más natural que se apele a la planificación ("colocación racional de recursos escasos", según la definición de los economistas neoclásicos), en momentos de recesión, colocándola casi como una panacea para problemas que no son, en verdad, internos al sector y que sí están ligados a toda la crisis fiscal del Estado. Es así que los cursos de salud pública se dirigieron, en el último decenio, a formar cada vez más planificadores de salud, de acuerdo con la estrategia de atención primaria y todos los métodos modernos de administración de sistemas de salud, en lugar del sanitarista tradicional. A este objetivo se agrega, además, el papel cada vez más significativo

de las ciencias sociales aplicadas a salud en el currículo de esos cursos y el posgrado en medicina social.

Revisando todos esos cambios y evoluciones recientes, no se puede dejar de reconocer que se amplió considerablemente el campo que abarca la temática de "personal de salud", que habitualmente se refería más al campo de la formación; aparecen ahora, como una constelación de nuevos intereses y objetos (incluso en la investigación), los aspectos que dependen de la dinámica del mercado de trabajo. Mencionamos algunos de esos aspectos: la descripción y evaluación de funciones ocupacionales; la situación de la fuerza de trabajo en sus formas variadas y cambiables de inserción en el mercado de trabajo; los movimientos de asociaciones y sindicatos, incluidas las huelgas y manifestaciones más significativas políticamente; la creación y el confrontamiento de ideologías de los grupos profesionales, etc.

## EVALUACION: TENDENCIAS DE LAS INVESTIGACIONES SOBRE PERSONAL DE SALUD

### *Educación médica y salud*

Se trata de una publicación dirigida inicialmente al campo de la enseñanza superior en salud y de la formación de médicos, en particular. Constituye, en la actualidad, un instrumento de divulgación de la política de la OPS y del pensamiento latinoamericano al respecto en el área que comprende inicialmente el desarrollo de los recursos humanos en salud de todos los niveles y categorías. Estas dos características precisan ser debidamente consideradas en una evaluación de los contenidos de los artículos que allí se publican, ya que su selección está, en mayor o menor parte, orientada a los temas que se consideran prioritarios o emergentes de dicha política del quehacer de los países.

Con el fin de viabilizar este análisis, dividiremos los 16 volúmenes de la revista en grupos de cuatro. Los dos primeros grupos abarcan el período de 1966 a 1974 y los dos últimos el período de 1975 a 1982. Los artículos se sometieron a una clasificación temática que obedece a los temas más importantes mencionados en la discusión teórica. Se incluyeron en la investigación no solo los artículos señalados, sino también los editoriales, informes, reseñas, etc.

La primera y más significativa dificultad que enfrentamos se refiere a la naturaleza científica de los trabajos publicados. Si nos proponemos evaluar las tendencias de la investigación en personal de salud, tendría que haber algún criterio para considerar determinado artículo como resultado de una investigación. Desafortunadamente, no fue posible establecer ese(esos) criterio(s) de tipo epistemológico y tal vez no sea conveniente fijarlos, inclusive

por los problemas ideológicos que envuelve la distinción entre ciencia y no ciencia. Decidimos, entonces, considerar todos los artículos como “estudios” y aceptarlos como tales, independientemente de los métodos adoptados por el autor para enunciar sus conceptos y conclusiones. Este sistema es quizás un poco injusto, ya que homogeneiza a todos y deja de considerar los méritos particulares de aquellos que han sido objeto y fruto de un esfuerzo especial de selección y sistematización de datos, sean estos primarios o secundarios. En este sentido, son muy escasas las investigaciones en el área de personal de salud que han trabajado con elementos empíricos, y cuando se han hecho, se caracterizan como encuestas en términos profesionales formados o disponibles en el mercado de trabajo, a la par de eventuales estimaciones de formación y adecuación de las “necesidades”.

Analizando el conjunto de los artículos publicados por *Educación médica y salud*, durante el período 1966-1982, se puede verificar que ocho asuntos ocuparon prácticamente el 60% del total de los 315 artículos clasificados. Como no podría dejar de ser, por las características de los primeros años de la revista, el enfoque principal es el de la formación de médicos y su correspondiente currículum, objeto del 16,8% de todos los trabajos examinados (cuadro 3). Gran parte de estos estudios procuran fijar la formación en función y en contribución de determinadas disciplinas o materias (anatomía, semiología, clínica médica, medicina social, etc.); en el contexto de los diversos tipos de currículum de graduación en medicina; otros abordan los problemas generales de formación médica.

Otro tema de gran evidencia es el de los aspectos generales de la organización, metodología y evaluación de la enseñanza superior, en que prácticamente los 36 artículos se refieren a la educación médica. Es de hacer notar que la mayoría de los artículos sobre esta línea se publicaron entre 1966 y 1974, coincidiendo, según nuestra interpretación, con los años en que más se difundieron los aspectos de la “reforma universitaria”.

De un modo general, quedamos con la impresión, parcialmente corroborada por esos datos, que la educación médica es un tema que disminuye en importancia en la línea adoptada por la revista, lo que refleja tal vez una pérdida de prioridad política a nivel regional, a partir de la segunda mitad de los años 70.

En efecto, la educación médica cede espacio en la revista a temas que se relacionan íntimamente con las nuevas fases de la política de recursos humanos, dentro de los movimientos y proyectos de extensión de la cobertura y atención primaria. Estos son la formación de médicos integrada con los servicios comunitarios (sobre todo en el sentido de la integración docente-asistencial), que fue objeto de solamente un artículo en el período 1966-1974 y salta a 19 artículos en los volúmenes de 1975-1982; la planificación de recursos humanos, que pasa de 4 a 15; y la formación y uso de personal auxiliar, de 5 a 8 artículos. Son esos temas emergentes que reflejan las prioridades y metas trazadas por los gobiernos nacionales y la OPS.

Cuadro 3. Temas de los artículos publicados en Educación médica y salud, 1966-1982.

Temas	Vol. 1-4 1966-1970	Vol. 5-8 1971-1974	Vol. 9-12 1975-1978	Vol. 13-16 1979-1982	Total
1.0 Currículo y formación de personal universitario					
1.1 General	—	—	—	02	02
1.2 Medicina	20	11	15	07	53
1.3 Enfermería	01	03	01	02	07
1.4 Odontología	—	01	01	—	02
1.5 Otras carreras	—	06	02	04	12
1.6 Estudios vocacionales y sobre las características de la clientela aspirante a los cursos	04	01	—	—	05
2.0 Enseñanza en salud pública	03	15	—	08	26
3.0 Formación y uso de personal auxiliar	03	02	03	05	13
4.0 Formación de agentes comunitarios	01	—	01	01	03
5.0 Organización, metodología y evaluación de la enseñanza-universitaria					
5.1 General	16	12	05	03	36
5.2 Integración con servicios comunitarios-Enseñanza comunitaria	01	—	12	07	20
5.3 Hospital de enseñanza	—	05	01	01	07
5.4 Tecnología educacional	—	06	01	01	08
6.0 Funciones ocupacionales del personal universitario					
6.1 General	—	—	01	01	02
6.2 Médico general y de familia	02	—	—	02	04
6.3 Especialidades médicas	—	—	—	01	01
6.4 Enfermería	—	04	—	05	09
6.5 Odontología	01	—	01	—	02
6.6 Otras profesiones	—	01	—	—	01
7.0 Fuerza y mercado de trabajo					
7.1 Médicos	—	08	01	—	09
7.2 Otras profesiones	—	01	—	—	01
8.0 Administración de personal	—	—	—	—	—
9.0 Educación continua					
9.1 General	—	01	02	01	04
9.2 Médicos	02	—	—	—	02
9.3 Otras profesiones	—	—	—	02	02
10.0 Planificación de recursos humanos	01	03	03	12	19
11.0 Asociaciones y sindicatos	—	—	—	—	—
12.0 Ideologías profesionales	—	—	—	—	—
13.0 Supervisión	—	—	—	01	01
14.0 Sistemas de información	01	—	—	08	09
15.0 Otros temas	12	11	11	21	55
No. total de artículos	68	91	61	95	315

Conviene destacar aquí que la enseñanza de la salud pública ocupa el tercer lugar entre los temas de mayor prevalencia (26 artículos en total), a pesar de haber sido objeto de una mayor preocupación en el primer período.

Los artículos sobre fuerza de trabajo y mercado de trabajo del médico, que aparecen en séptimo lugar en nuestra investigación, son casi todos de tipo descriptivo e incluyen la formación, disponibilidad y distribución geográfica de esos profesionales. En el fondo, son estudios sobre oferta y demanda de personal; en general evalúan la adecuación entre formación y capacidad de la utilización efectiva. Ninguno de ellos trata las formas de inserción del médico en el mercado de trabajo como lo hace Cecilia Donnangelo (8), quien distingue situaciones tales como la autonomía total y parcial, el sueldo, la propiedad, etc. La mayoría absoluta de esas evaluaciones de adecuación entre oferta y necesidad se realizaron en el período 1966-1974.

En lo tocante a enfermería, los estudios dirigidos a la apreciación de las funciones ocupacionales de la enfermera, aparecen en número mayor que los que se refieren a su formación. Esto se justifica, si se tienen en cuenta las ambigüedades y dificultades en torno a la definición del papel del profesional de nivel superior de enfermería en el contexto de la división técnica del trabajo en salud. Más que cualquier otra categoría del sector salud, los enfermeros han recapacitado sobre su función en la estructura asistencial, generalmente inconformes con que se les atribuyan solamente tareas de supervisión y administración: tratan de fijar para sí un papel propiamente asistencial, en lo que son llevados a definirse frente a los auxiliares que actúan en el área de enfermería.

Los otros temas de interés, de acuerdo con su frecuencia, aparecen en el cuadro 4. Llamamos la atención especialmente a los que se relacionan con tecnología educacional, que se manifestó como una de las prioridades políticas de recursos humanos al inicio del decenio de 1970 (coincidiendo con la creación de los Núcleos de Tecnología Educacional por la OPS) y está asociada también con la problemática de la reforma universitaria, en su vertiente de modernización tecnológica. Otro tema que se revela de igual importancia es la educación continua, sea como metodología general, sea en la actualización y reciclaje de los médicos y otros profesionales, para quienes los sistemas de información desempeñan un papel único (los dos temas fueron tratados nada menos que en 17 artículos).

No podemos dejar de registrar aquí algunas lagunas, o sea, temas que no fueron objeto de estudio alguno a lo largo del período. No se publicó nada acerca de asociaciones o sindicatos, sobre todo se siente la falta de trabajos que sitúen de alguna manera la contribución de esas entidades y su visión ideológica en relación a la educación médica; tampoco se publicó nada sobre sociología de la profesión, tan decisiva, como nos parece, en la conformación de las líneas de la educación médica.

Otros temas de mayor carácter institucional están también ausentes, en particular, los asuntos de administración de personal, que por lo menos en

Cuadro 4. Temas principales de los artículos publicados en Educación médica y salud, 1966-1982.

Temas	Volúmenes 1-8 (1966-1974)		Volúmenes 9-16 (1975-1982)		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
1. Currículo de medicina/ Formación de médicos	31	19,5	22	14,1	53	16,8
2. Organización, metodología y evaluación de la enseñanza (médicos especialmente)	28	17,6	8	5,1	36	11,4
3. Enseñanza en salud pública	18	11,3	8	5,1	26	8,3
4. Formación de médicos en integración con servicios comunitarios	1	0,6	19	12,2	20	6,3
5. Planificación de recursos humanos	4	2,5	15	9,6	19	6,0
6. Formación y uso de per- sonal auxiliar	5	3,2	8	5,1	13	4,1
7. Fuerza y mercado de tra- bajo de médicos	8	5,0	1	0,6	9	2,9
8. Funciones ocupacionales del enfermero	4	2,5	5	3,2	9	2,9
9. Otros asuntos	60	37,8	70	44,9	130	41,3
Total	159		156		315	

los aspectos actuales de cargos y salarios, deberían haber sido objeto de mayor preocupación.

#### *Index Medicus Latinoamericano, 1979-1982*

El *Index Medicus Latinoamericano\** (IMLA) presentó un total de 224 artículos sobre personal de salud en los años de 1979-1982 (cuadro 5), clasificados sobre distintas rúbricas como educación médica, personal paramédico, práctica profesional, etc. de los cuales se excluyeron algunos temas por no considerarlos pertinentes al área, o por que aparecen repetidamente en los diferentes volúmenes. Una de las ventajas del IMLA es que abarca innumerables publicaciones mimeográficas y fotocopiadas, fuera de la circulación oficial y de difícil acceso. Por otro lado, se trata de la única fuente bi-

\*Traducido por la Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud (BIREME).

Cuadro 5. Temas principales de los artículos sobre personal de salud en el Index Medicus Latinoamericano (IMLA), 1979-1982.

Temas	No. de artículos	%
1. Currículo de medicina/Formación de médicos	109	48,7
2. Formación y uso de personal auxiliar	22	9,8
3. Organización, metodología y evaluación de la enseñanza (médicos especialmente)	12	5,4
4. Funciones/Formación del médico general y de familia	11	4,9
5. Educación continua de los médicos	10	4,5
6. Formación de médicos en integración con servicios comunitarios	10	4,5
7. Currículo de enfermería/Formación de enfermeros	8	3,6
8. Otros asuntos	42	18,7
Total de artículos	224	

bliográfica representativa, de algún modo, de lo que se produce y publica sobre personal de salud en la América Latina. El *Index Medicus* de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, por el contrario, es rigurosamente selectivo en sus menciones y descartamos la posibilidad de usarlo para esta evaluación, precisamente porque retrata más fielmente las tendencias de los países desarrollados.

Los siete temas principales en frecuencia, abordados por los artículos indexados, abarcan más del 80% del total de los 224. Este resultado es hasta cierto punto sorprendente, ya que demuestra una concentración temática mayor de la registrada en *Educación médica y salud*.

En primer lugar, sobresalen los trabajos del currículo médico y graduación en medicina, totalizando 109 artículos, o sea casi un 50% del total. Le sigue de inmediato el tema de la formación y uso de personal auxiliar con un 10% de los artículos. La frecuencia de los otros temas como se puede ver en el cuadro anexo es mucho menor, del 5% para abajo. Se destacan, junto a la organización y metodología de la enseñanza, dos temas que se incluyen como componentes en la estrategia de la extensión de la cobertura y atención primaria—la formación de médicos integrada con los servicios comunitarios y el médico general/de familia. Otro tema sobresaliente es la educación continua de los médicos.

Verificamos que cerca de un 40% de los artículos catalogados en el IMLA

provenían de dos fuentes únicas: *Educación médica y salud* y *Revista Brasileña de Educación Médica* (ver cuadro 6).

Las lagunas observadas a través del IMLA son las mismas ya comentadas respecto a la revista *Educación médica y salud*.

De un modo general, se puede afirmar que las mayores deficiencias, de acuerdo a nuestro conocimiento, en lo tocante a personal de salud, se sitúan actualmente en el amplio campo del mercado de trabajo: sus dimensiones económicas, legales, ideológicas y políticas. Algunos de los aspectos primordiales respecto a la vinculación del profesional de salud en el mercado de trabajo son escasamente estudiados. Ejemplos de ese tipo de investigación, que consideramos urgente realizar y apoyar a través de mecanismos institucionales de ayuda a la investigación, pueden encontrarse en el periódico *International Journal of Health Services* y en la Bibliografía Latinoamericana de las Ciencias Sociales, preparada por la OPS.

Sobre este particular, hacemos resaltar como paradigma las investigaciones realizadas por Cecilia Donnangelo (8) en lo que se refiere al mercado de trabajo médico. Primero porque sitúa, con mucha sutileza y profundidad analítica, las determinaciones políticas y económicas que vienen moldeando y conformando el proceso del trabajo médico y las oportunidades de inserción del profesional de medicina en la estructura de los servicios de salud, sean estos públicos o privados. Segundo, porque nunca pierde de vista las facetas ideológicas que presentan los subgrupos profesionales en su lucha en el ambiente del mercado de trabajo, lo que afecta incluso las líneas adoptadas por la organización de formación.

La última y valiosa contribución de Donnangelo en esa área, fue realizada para el Consejo Regional de Medicina de São Paulo y está siendo actualmente divulgada bajo el título: *Condiciones del Ejercicio Profesional de la Medicina en el Area Metropolitana de São Paulo*.

Cuadro 6. Participación de Educación médica y salud y de la revista brasileña de Educación Médica, en los artículos catalogados por el IMLA sobre personal de salud, 1979-1982.

Fuente	No. de artículos	%
A. <i>Educación médica y salud</i>	41	18,3
B. <i>Revista Brasileña de Educación Médica</i>	51	22,7
A + B	92	41,7
No. total de artículos	224	

## CONCLUSIONES

1. Sobre el personal de salud se ha escrito mucho, pero se investiga poco (muchos artículos, pero pocas investigaciones con fuentes primarias de datos).

2. Entre las investigaciones predominan las de tipo "encuesta" en términos de personal formado, año a año y número de profesionales por categoría (a la par de eventuales estimados de formación futura y "necesidades").

3. La gran mayoría de los autores continúan esencialmente preocupados con el currículo y la organización de la enseñanza universitaria, particularmente la del médico, a pesar de que la proporción de artículos sobre estos temas haya declinado.

4. Otros temas intentaron ganar evidencia en el último decenio, reflejando las nuevas líneas de las políticas de extensión de la cobertura y atención primaria: formación y uso de personal auxiliar, planificación de recursos humanos, formación y uso del médico general, educación continua.

5. Se registran de manera notoria algunas lagunas en las publicaciones revisadas, temas tales como administración de personal, ideologías profesionales y movimientos/asociaciones sindicales, división técnica e integración del trabajo en salud.

6. Importantes investigaciones sobre los aspectos políticos e ideológicos del personal de salud están siendo publicadas en documentos de circulación restringida o en alguna revista especializadas (como el *International Journal of Health Services*) de Norte América.

## RESUMEN

Es paradójico que la mayor parte del presupuesto de salud de los países (del 60 al 80%) se invierta en sufragar los costos de personal del sistema y que, no obstante, existan pocos estudios o investigaciones dedicados a evaluar la producción de ese personal. Por la importancia del personal como elemento fundamental del sector y por estar representado en todos los niveles de la atención de salud (desde médicos hasta auxiliares), resulta de vital importancia conocer su evolución a través del tiempo, a fin de poder anticipar tendencias y orientar políticas.

Con este trabajo se busca llenar, al menos parcialmente, el vacío de información sobre el tema. La metodología que el autor consideró más adecuada para esa evaluación consistió en examinar la literatura publicada sobre personal de salud, ya que los artículos y documentos reflejarían la situación. Así, examinó las tendencias generales que se observan en relación con los siguientes aspectos específicos: aumento del personal y de las escuelas de medicina, el auge de la migración internacional de médicos, cambios

en el ritmo de producción de personal, énfasis en la integración docente-asistencial, etc.

Después de analizar detalladamente los artículos de *Educación médica y salud* y del *Index Medicus Latinoamericano* clasificados por temas, el autor llega a la conclusión que aunque se ha escrito mucho sobre el personal de salud, se han hecho pocas investigaciones a fondo, con fuentes primarias de datos, y que cuando se hacen investigaciones, predominan las encuestas. Por otra parte, los trabajos tratan esencialmente del currículo y la organización de la enseñanza universitaria, y reflejan una gran preocupación con la extensión de la cobertura y la atención primaria así como con la formación y el uso de personal auxiliar, la planificación y la educación continua.

#### REFERENCIAS

- (1) Bui Dan Ha Doan. Statistical analysis of the world health manpower situation circa 1975. *World Health Statistics Quarterly* VI(33)2:127-150, 1980.
- (2) Mejía, A. World trends in health manpower development: A review. *World Health Statistics Quarterly* VI(33)2:112-36, 1980.
- (3) Cordeiro, H. As Empresas médicas: Um estudo sobre as transformações capitalistas da prática médica no Brasil. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, 1981.
- (4) Neghme, Amador. La educación médica en el plano internacional. *Educ Méd Salud* 1(1):5-11, 1966.
- (5) Reinhardt, U. E. The GMENAC Forecast: An Alternative View. *Amer J Public Health* 71:1149-1157, 1981.
- (6) McNutt, D. S. R. GMENAC: Its Manpower Forecasting Framework. *Amer J Public Health* 71:1116-1124, 1981.
- (7) Mejía, A. et al. Migración de médicos y enfermeras. Análisis y repercusiones políticas. Ginebra, OMS, 1981.
- (8) Cecilia Donnangelo. O médico e seu mercado de trabalho. Brasil, Livraria Pioneira, 1975.

---

#### TRENDS AND PROSPECTS FOR RESEARCH ON HEALTH PERSONNEL IN THE AMERICAS (Summary)

It is paradoxical that the lion's share (60 to 80%) of the health budgets of the countries is invested in meeting the personnel costs of the system, and yet few studies have been done to assess the production of that personnel. The importance of personnel as a basic constituent of the sector and its presence at all levels of

medical care (from physicians to auxiliaries) makes it vitally important to know how it has evolved over time so that trends can be anticipated and policies guided accordingly.

This work seeks to fill, at least partly, the information gap on this subject. The method by which the author has chosen to make this evaluation is to examine the published literature on health personnel, inasmuch as the situation is reflected in articles and documents on the subject. He therefore examined the general trends observed in the following specific areas: increase of personnel and medical schools, the upsurge in the international migration of physicians, changes in the pace of personnel production, emphasis on the integration of services and education, etc.

After a detailed analysis of the articles in *Educación médica y salud* and the *Index Medicus Latinoamericano* classified by subjects, the author concludes that, although much has been written on health personnel, little in-depth research has been done in primary data sources, and what is done is predominantly surveys. Besides, this research is concerned essentially with the curriculum and organization of university instruction, and betrays a great concern with coverage extension and primary care and with the training and use of auxiliary personnel, planning, and continuing education.

#### TENDÊNCIAS E PERSPECTIVAS DA PESQUISA SOBRE PESSOAL DE SAÚDE NAS AMÉRICAS (*Resumo*)

É paradoxal que a maior parte do orçamento de saúde dos países (de 60 a 80%) seja empregada para cobrir os custos de pessoal do sistema e que, não obstante, existam poucos estudos ou pesquisas que avaliem a produção desse pessoal. Devido à importância do pessoal como elemento fundamental do setor e por estar representado em todos os níveis de atendimento (desde médicos até auxiliares), é vital conhecer sua evolução através do tempo, para que se possa prever tendências e orientar políticas.

Com esse trabalho, procura-se preencher, pelo menos parcialmente, a lacuna de informações sobre o tema. A metodologia que o autor considerou mais adequada para essa avaliação consiste em examinar os textos publicados sobre pessoal de saúde, já que os artigos e documentos refletiriam a situação. Assim, examinou as tendências gerais observadas nos seguintes aspectos específicos: aumento do pessoal e das escolas de medicina, auge da migração internacional de médicos, mudanças no ritmo de produção de pessoal, ênfase na integração docente-assistencial, etc.

Após analisar detalhadamente os artigos de *Educación médica y salud* e do *Index Medicus Latinoamericano* classificados por temas, o autor chega à conclusão de que, embora se tenha escrito muito sobre o pessoal de saúde, realizaram-se poucos estudos a fundo, com fontes primárias de dados, predominando as pesquisas. Por outro lado, os trabalhos tratam essencialmente do currículo e da organização do ensino universitário, e refletem uma grande preocupação com a extensão da cobertura e do atendimento primário, bem como com a formação e o uso de pessoal auxiliar, planejamento e educação contínua.

TENDANCES ET PERSPECTIVES DE L'ENQUÊTE SUR LE PERSONNEL DE SANTÉ DANS L'HÉMISPHERE AMÉRICAIN (*Résumé*)

Il est paradoxal que la majeure partie du budget de santé des pays (de 60 à 80%) soit consacrée à couvrir les coûts de personnel du système et que, cependant, il soit effectué peu d'études ou d'enquêtes pour évaluer la production de ce personnel. Du fait de l'importance du personnel comme élément fondamental du secteur et de sa présence à tous les niveaux des soins de santé (des médecins aux auxiliaires), il est d'une importance vitale de connaître son évolution dans le temps, afin de pouvoir prévoir les tendances et orienter les politiques.

Cet ouvrage s'efforce de combler, ne serait-ce qu'en partie, le manque d'information sur ce sujet. La méthodologie que l'auteur a jugée la mieux appropriée pour cette évaluation a consisté à examiner les ouvrages publiés sur le personnel de santé, vu que les articles et documents publiés sur ce sujet devraient donner un reflet de la situation. Cet ouvrage examine donc les tendances générales observées par rapport aux aspects spécifiques suivants: augmentation du personnel et des facultés de médecine, la forte migration internationale de médecins, les variations du rythme de production du personnel, l'importance donnée à l'intégration de la formation et de l'assistance, etc.

Après une analyse détaillée des articles d'*Educación Médica y Salud* et de l'*Index Medicus Latinoamericano* classés par rubrique, l'auteur arrive à la conclusion que, bien que l'on ait beaucoup écrit sur le personnel de santé, il a été fait peu d'enquêtes approfondies, on a peu utilisé les sources directes de données, et lorsque des enquêtes sont effectuées, elles sont de portée limitée. D'autre part, ces études traitent essentiellement du programme et de l'organisation de l'enseignement universitaire, et reflètent un grand intérêt pour l'extension de la couverture et des soins de santé primaires ainsi que pour la formation et l'utilisation du personnel auxiliaire, la planification et la formation permanente.

# Medicina familiar no Brasil<sup>1</sup>

GUILHERME MONTENEGRO ABATH<sup>2</sup>

---

---

## ANTECEDENTES

A preocupação no Brasil com a escassez progressiva de médicos com formação geral já havia sido denunciada em 1948, no Plano SALTE, pelos responsáveis pela elaboração do programa de trabalho do Setor Saúde. Visando o problema da assistência médica no interior do país, julgaram útil incentivar a prática de clínica médica geral, diminuindo a acentuada preferência dos médicos pelas especialidades.

Indicaram ainda a necessidade de um novo tipo de médico que não tivesse os olhos voltados apenas para os recursos técnicos da ciência médica, mas também para a estrutura econômico-social da comunidade: um técnico de mentalidade social (1). Este brado de alarme assinalando a necessidade de reforma na formação dos profissionais médicos no Brasil foi devidamente ressaltado por Carlos Gentile de Melo, que, por outro lado, considerava injusto atribuir ao ensino médico a responsabilidade total de haver tomado o partido da especialização em detrimento da formação de médicos generalistas; referia-se às pressões do mercado de trabalho (2).

Em reuniões de grande destaque como a de Petrópolis em 1973, patrocinada pela Organização Mundial da Saúde e Associação Brasileira de Educação Médica e Faculdade de Medicina de Petrópolis (3), o seminário sobre "A Formação do Médico Generalista" realizado em Campinas em 24-27 de maio, 1978 sob o patrocínio da ABEM e da Fundação W. K. Kellogg (4) e, ainda no mesmo ano, no XVI Congresso Brasileiro de Educação Médica da ABEM, realizado em Londrina em 22-24/nov/1978 (5), o tema do médico geral foi amplamente debatido. Nesse Congresso afirmava Candau que a existência de médicos gerais ou de família era sem dúvida indispensável ao bom desenvolvimento de serviços de saúde, particularmente nos países em desenvolvimento (6). Mário Chaves, em 1975, num trabalho sobre Regionalização Docente-Assistencial e Níveis de Assistência, apresentado num Seminário sobre Hospitais de Ensino, destacava as funções do "médico geral" ou "médico de família" considerando-as a porta de entrada no sistema de saúde (7).

Em janeiro de 1976 foram implantados no Brasil os dois primeiros Programas de Residência Médica para formação de médicos gerais como parte

---

<sup>1</sup>Informe para o Comitê Executivo da OPAS.

<sup>2</sup>Prof. Adjunto da Universidade Federal de Pernambuco.

integrante dos Projetos de Saúde Comunitária. Atualmente, existem no país 13 Programas de Residência em Medicina Geral Comunitária, 11 dos quais foram visitados para a elaboração deste informe. Dependem eles das seguintes entidades: Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social; Universidade Federal do Piauí; Hospital Presidente Dutra (Maranhão); Universidade Federal de Pernambuco; Secretaria da Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul (Unidade Sanitária Murialdo); Ministério da Saúde e Ação Social (Hospital Nossa Senhora da Conceição); Universidade Federal de Pelotas (Rio Grande do Sul); Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Associação Hospitalar de Cotia, São Paulo); Hospital Municipal de Petrópolis (Rio de Janeiro); Centro Bio-médico da Universidade do Espírito Santo.

### ASPECTOS METODOLÓGICOS

A realização deste informe, incluindo a escolha dos Programas de Residência a serem visitados e o aviso das datas das visitas contou com o apoio e a atuação direta da Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica, do Ministério da Educação e Cultura, e a coordenação do Grupo Assessor Principal do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos para Saúde no Brasil (Acordo MS/MEC/MPAS/OPAS).

Os onze programas escolhidos para visita podem ser reduzidos a dez, já que o da Unidade Sanitária Murialdo e o do Hospital das Clínicas de Porto Alegre apenas se distinguem por manterem concursos de seleção independentes. O programa seguido pelos candidatos aprovados é mesmo: o da Unidade Sanitária Murialdo.

As visitas duraram em média 1 dia e meio. Constaram de:

- Entrevistas com coordenadores e/ou supervisores dos Programas de Residência.
- Visita a alguns serviços onde os médicos residentes executam suas atividades de treinamento em serviço.
- Entrevista com algumas autoridades nos setores de educação e saúde (diretores de Centros de Ciências de Saúde, Centro ou Faculdades de Medicina, diretores de Hospitais de Clínicas, Superintendentes Regionais do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) (INAMPS), etc.
- Entrevista com alguns egressos dos Programas de Residência em Medicina Geral Comunitária.
- Visita a algumas áreas rurais ou urbanas assistidas pelos Programas.
- Entrevistas com médicos residentes.

As entrevistas com os coordenadores e/ou supervisores dos programas de Residência e outros profissionais participantes foram baseadas em questionário originalmente elaborado pelo Dr. José Quinones, consultor da OPAS, posteriormente adaptado pelo autor deste informe para sua apli-

cação no Brasil e acrescido de 10 perguntas referentes aos conteúdos e aspectos básicos da programação das residências. O questionário, originalmente composto de 28 perguntas, com este acréscimo e algumas subtrações consistiu, finalmente, em 35 perguntas (Anexo 1).

As respostas a cada item do questionário, obtidas durante as entrevistas, iam sendo escritas por mim e imediatamente submetidas à apreciação dos entrevistados. Apenas pequenas alterações de redação foram feitas posteriormente.

O questionário dividiu-se em 4 partes: a primeira referente a aspectos conceituais; a segunda à prática da Medicina Familiar no país; a terceira à formação do pessoal médico em Medicina Geral Comunitária (nome oficialmente adotado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) o qual deve ser considerado, neste informe, como sinônimo de Medicina Familiar); e a quarta referente à programação de cada residência.

Os capítulos que se seguem obedecerão a esta mesma orientação e ordem.

## ASPECTOS CONCEITUAIS RELATIVOS À MEDICINA DE FAMÍLIA NO BRASIL

As designações *medicina familiar*, *medicina geral*, *medicina geral comunitária* e *medicina de assistência primária* não são muito usadas, porque a prática a que correspondem não está ainda difundida; são empregadas como sinônimos, ou apresentam diferenças conceituais imprecisas.

A expressão Medicina Familiar encontra às vezes uma certa resistência de caráter ideológico, preconceitual. Seria uma medicina voltada para indivíduos e núcleos familiares, exercida como medicina liberal, sem considerar a comunidade como fator prioritário. Seria o modelo copiado dos Estados Unidos da América do Norte. Outros, muito inclinados a considerar as expressões como sinônimas, fazem a ressalva, no entanto, de que a Medicina Familiar ou Geral Comunitária, de área urbana, ultrapassa a medicina de Assistência Primária, abrangendo áreas de assistência secundária. Em alguns programas há uma tentativa de distinção entre os vários termos:

*Medicina Geral* seria aquela caracterizada por assistência médica independente de idade, sexo ou patologia dos pacientes, porém sem preocupações maiores com a saúde da família e da comunidade a que pertençam.

A *Medicina de Família* teria o mesmo enfoque da Medicina Geral quanto ao indivíduo, mas considerá-lo-ia juntamente e em relação com os integrantes do seu núcleo familiar. Não se ocuparia dos problemas da comunidade.

A *Medicina Geral Comunitária* teria uma visão social mais ampla a respeito de saúde e doença. Ocupar-se-ia igualmente de indivíduos, núcleos familiares e comunidade. Seria uma denominação sinônima de *Medicina Familiar Comunitária*.

A *Medicina de Assistência Primária* seria aquela restrita aos cuidados básicos

de saúde e tratamento em ambulatório das doenças mais prevalentes. Para alguns estaria mais ligada à assistência materno-infantil.

A expressão Medicina Geral Comunitária é, atualmente, a mais amplamente aceita, tanto por preceptores como residentes e outros profissionais interessados no assunto, para expressar a prática desenvolvida pelo médico geral, generalista ou médico de família. Consiste ela numa prática médica voltada para indivíduos, núcleos familiares e comunidade e que, independentemente de idade, sexo ou patologia do paciente, propõe-se a prestar-lhe uma assistência integral, contínua e personalizada, não interrompida nem mesmo quando necessário encaminhar o paciente a outros níveis de assistência, para confirmação ou esclarecimento, diagnóstico e tratamento. Na Medicina Geral Comunitária os esforços devem estender-se até a comunidade, para interagir com a mesma, a fim de conhecer mais profundamente suas carências e necessidades e colaborar na solução de seus problemas, permitindo assim uma formação social e humanista mais completa dos profissionais de saúde e, em especial, do médico. A Medicina Geral Comunitária é considerada também como a porta de entrada ao sistema de saúde, sem com isto significar que seja um simples estágio de triagem, ponte de passagem para outros profissionais mais competentes. Deve resolver pelo menos 80 a 95% dos casos de demanda de assistência médica, variando esses percentuais de acordo com as possibilidades de complementação diagnóstica (análises de laboratório e radiologia) e de internação para tratamento nos setores básicos de clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia e cirurgia ambulatória.

Na Medicina Geral Comunitária rompe-se a dicotomia entre Medicina Preventiva e Curativa e os determinantes primordiais das doenças vão além dos fatores biológicos e físico-químicos, graças à valorização de fatores psicológicos e sócio-econômicos.

As razões apresentadas para a existência dos Programas de Residência em Medicina Geral Comunitária são mais ou menos coincidentes e, em alguns aspectos, complementares.

É opinião unânime, em todos os Programas visitados, que os cursos de graduação em medicina estão muito distorcidos, desviados de seu objetivo de formar médicos gerais. Seus corpos docentes são constituídos por especialistas que não podem figurar como "modelos de identificação" de médicos gerais comunitários para os numerosos estudantes de graduação. O mercado de trabalho, por su vez, continua, através do INAMPS - que é, direta ou indiretamente, o maior órgão empregador de médicos - a privilegiar os médicos especialistas em setores básicos ou em sub-especialidades de atendimento terciário.

O fracionamento do saber médico impede uma visão global do homem em seu frágil equilíbrio saúde-doença, subordinado a uma multiplicidade de fatores de ordem psico-social, biológica, nutricional e climática. A Medicina técnico-científica repartida em especialidades apresenta, apenas, uma

visão biológica e mecânica dos problemas de saúde. Um programa de ensino montado em disciplinas compartimentalizadas, transmitidas aos alunos por professores que se esforçam para estender seus conhecimentos cada vez mais em sentido vertical, a fim de ascender em sua carreira e conquistar posição social respeitável, jamais poderia corresponder às reais necessidades de saúde de uma população com precários índices sanitários, principalmente nas regiões empobrecidas do norte e nordeste do Brasil. Em contraposição, a crescente incidência de doenças crônicas e degenerativas e de acidentes de trânsito, característica de países ricos, constitui um apelo à racionalização da assistência à saúde, a fim de manter progresso nos setores da assistência secundária e terciária.

As opiniões são praticamente unânimes de que o curso de graduação em Medicina deveria conservar seu caráter terminal, preparando profissionais que, apenas formados, estariam prontos para exercer a profissão. Mas admite-se que isto não está acontecendo, pelas distorções acima apontadas. O recém-graduado termina indeciso e inseguro, sentindo-se despreparado para as responsabilidades profissionais.

Na opinião de Borges—Coordenador do Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária em São Luís, do Maranhão—a Faculdade de Medicina da Universidade Federal daquele Estado talvez se afaste um pouco desse quadro. Embora não formando ainda o médico geral, tende a formar 3 tipos de profissionais: o “clínico-pediatra”, o “clínico-pediatra-obstetra” e o “cirurgião-obstetra-clínico”.

Resumindo, os Programas de Residência em Medicina Geral Comunitária devem continuar a existir e aumentar em número e qualidade, pelas seguintes razões:

- Para formar futuros docentes e pesquisadores no Campo da Medicina Geral Comunitária que possam contribuir para modificar os cursos de graduação, restituindo-lhes o caráter terminal, formando médicos gerais.
- Para manter serviços - Unidades de Medicina Geral Comunitária - que sirvam desde já ao treinamento de estudantes do 3º ao 6º ano de medicina, em programações de intensidade crescente.
- Para pressionar mudanças curriculares, nos cursos de graduação em medicina e outros setores afins (enfermagem, odontologia, fisioterapia, nutrição, serviço social e psicologia).
- Para contribuir ao exercício de uma nova prática da medicina, menos comercializada e mais humana, que veja um homem como um todo e não apenas órgãos e sistemas.
- Para criar modelos vivos de médicos gerais comunitários que sirvam de estímulo aos graduandos para optar pela Medicina Geral Comunitária.
- Para contribuir à meta de Saúde para Todos no Ano 2.000, fixada pela Organização Mundial de Saúde, através de cuidados primários de saúde, definidos na Conferência de Alma Ata.
- Pela dificuldade de treinar estudantes de medicina e médicos recém-formados

em assistência primária nas dependências de Hospitais de Clínicas ou Universitários voltados exclusivamente para assistência secundária e terciária.

- Pela impossibilidade de formar, a curto prazo, nos atuais cursos de graduação em medicina, esse profissional de que as comunidades necessitam.

- Para treinamento de médicos que utilizem métodos clínicos, epidemiológicos, administrativos e sociais com o fim de proporcionar cuidados personalizados, integrais e contínuos à saúde física, mental e social de determinados indivíduos e comunidades, permitindo que instituições federais, estaduais e municipais de saúde aproveitem esses modelos de assistência.

- O treinamento pós-graduado desses profissionais, sob forma de Residência, parece o mais apropriado para o tipo de formação teórica e prática de que necessitam. Segundo o Artigo 1º do Decreto nº 80.281 de 05 de setembro de 1977 e o Artigo 1º da Lei nº 6.932 de 07 de julho de 1981 "Residência Médica" (em qualquer setor) "constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob forma de curso de especialização, caracterizado por treinamento em serviço"... o caráter de especialização conferido pelos Programas de Residência em Medicina Geral Comunitária é decorrente dos próprios termos do Decreto nº 80.281 "que regulamenta a Residência Médica e cria a Comissão Nacional de Residência Médica" e da Lei nº 6.932 que "dispõe sobre as atividades do médico residente".

Dois dos Programas de Residência em Medicina Geral Comunitária, o da Unidade Sanitária Murialdo, em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, e o da Universidade Federal de Pernambuco, desenvolvido na cidade de Vitória de Santo Antão, no interior do Estado, surgiram em janeiro de 1976, antes de Decreto nº 80.281 de 5/9/77 que regulamentava a instituição dos Programas de Residência Médica.

As Residências de Medicina Geral Comunitária implantadas antes de 1981 orientaram-se pelas normas definidas pela Resolução nº 8/79, de 15/10/1979 da CNRM, a qual abrangia, segundo seu artigo 9º, programas de denominações diversas tais como: saúde pública, medicina comunitária, saúde comunitária e outras, e que eram considerados como equivalentes aos Programas de Residência de Medicina Preventiva e Social.

A partir de junho de 1981 passaram a reger-se, como os outros mais recentes, pela Resolução nº 07/81 de 12/06/1981, que define mais precisamente o perfil do Médico Geral Comunitário.

Programas de Residência como o da Universidade Federal do Maranhão, o da Universidade Federal de Pernambuco (Projeto Vitória) o da Faculdade de Medicina de Petrópolis, o da Associação Hospitalar de Cotia (São Paulo) e o da Unidade Sanitária Murialdo, da Secretaria de Saúde do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul, surgiram como parte de programas multiprofissionais de saúde comunitária.

As decisões para criação das residências de Medicina Geral Comunitária emanaram da Diretoria da Faculdade de Medicina, de Centros de Ciências de Saúde de Universidades, ou da Secretaria Estadual de Saúde, ou de Superintências Regionais do Instituto Nacional de Assistência Médica e

Previdência Social, ou ainda de uma Associação Beneficente, como no caso da Residência de Cotia, SP. Precederam sempre essas decisões estudos e demarches de grupos profissionais interessados em mudanças substanciais no sistema de serviços de saúde e de formação de recursos humanos no setor de saúde.

Embora seja fato conhecido que os objetivos declarados nem sempre são alcançados, valem como metas permanentemente alvejadas. Vale a pena transcrevê-los como foram formulados durante as entrevistas ou em material entregue para compilação, porque revelam a filosofia do próprio programa.

Os objetivos definidos para as Residências da Universidade do Rio Grande do Norte e da Universidade Federal do Piauí refletem as atividades enumeradas nos parágrafos 1º, 2º e 3º do Artigo 5º da Resolução 07/81 da CNRM. Para as demais transcreveremos abaixo textualmente o que foi obtido, identificando a instituição a que está ligado o Programa.

*Convênio INAMPS/Universidade Federal do Maranhão*

- 1) Prática de Medicina Familiar.
- 2) Programação e Gerência de Serviços de Saúde.
- 3) Atuação em processos de participação comunitária.

*Universidade Federal de Pernambuco (Projeto Vitória)*

*Objetivo Geral*

1) Formação de médicos gerais comunitários, através de uma prática interdisciplinar e interprofissional, de maneira que todos os técnicos do setor de saúde possam atuar harmônica e sinergicamente.

*Objetivos Específicos*

- 1) Fornecer os instrumentos para a formação do Médico Geral.
- 2) Desenvolver conhecimentos e habilidades para o exercício da Medicina Integral.
- 3) Promover a integração do médico em equipes multiprofissionais.
- 4) Desenvolver aptidões para o planejamento, a organização e a administração em serviços de saúde.
- 5) Valorizar o significado de fatores biológicos, psicológicos e sócio-culturais como determinantes de saúde e doença.
- 6) Promover treinamento básico de metodologia de investigação científica.
- 7) Promover treinamento no uso de técnicas e instrumentos de prática social.
- 8) Promover o treinamento em programas específicos de Saúde Pública e Medicina Preventiva, através da atuação em atividades de vigilância epidemiológica, programas de vacinação, inquéritos epidemiológicos e estudos especiais, registro de dados estatísticos, orientação nutricional e educação sanitária.

*Unidade Sanitária Murialdo da Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul*

- 1) Treinamento de médicos que utilizem métodos clínicos, epidemiológicos, administrativos e sociais;

- 2) Que proporcionem cuidados personalizados, integrais e contínuos à saúde física, mental e social da população;
- 3) Que utilizem medidas de prevenção primária, secundária e terciária dirigidas a indivíduos, famílias e comunidade;
- 4) Que possam resolver cerca de 90% dos problemas de saúde da população e encaminhar adequadamente os que ultrapassam seus limites de competência.

*Hospital Nossa Senhora da Conceição do Grupo Hospital Conceição, do Ministério da Saúde e Ação Social*

- 1) Formação de médicos gerais;
- 2) Desenvolvimento de pesquisas sobre unidades primárias de saúde;
- 3) Formação de docentes na área de Medicina Geral Comunitária.

*Universidade Federal de Pelotas*

Capacitar docentes de Medicina Geral, bem como formar médicos capazes de exercer uma medicina mais barata, mais eficiente, mais humana. Preparar médicos aptos a servir no interior, devidamente treinados para ser "pau para toda obra" e que se sintam mais satisfeitos com a sua missão (10).

*Convênio da Associação Hospitalar de Cotia/INAMPS*

*Objetivo Geral:*

Oferecer uma formação integrada de cuidado médico individual e coletivo dentro de um modelo de sistema de saúde hierarquizado.

*Objetivos Específicos:*

- 1) Capacitar o médico, dentro de uma abordagem bio-psico-social, para atender aos programas de saúde materno-infantil e de adulto, e de vigilância epidemiológica;
- 2) Capacitar o médico para atendimento das principais patologias clínico-cirúrgicas em regime de urgência médica e de internação;
- 3) Desenvolver no médico uma visão crítica da organização de serviços de assistência;

Esses objetivos são completados por mais alguns outros destinados aos médicos residentes do 2º ano:

- 4) Manter e aperfeiçoar as atividades ligadas à assistência primária e secundária e supervisionar essa assistência;
- 5) Habilitar o médico residente para o planejamento e administração da assistência a nível primário;
- 6) Oferecer formação básica no setor de Saúde Pública, mediante curso ministrado pelo DMPS da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo;
- 7) Desenvolver conhecimentos sobre metodologia científica através da realização de investigações no setor de saúde comunitária;
- 8) Participar das atividades de ensino e treinamento de recursos humanos.

*Faculdade de Medicina de Petrópolis*

Preparar médicos aptos a realizar prevenção primária, secundária e terciária a nível individual e de pequenas comunidades e de administrar pequenas unidades de saúde.

*Centro Médico da Universidade Federal do Espírito Santo*

- 1) Integração docente-assistencial;
- 2) Assistência médica primária e secundária contínua e completa a indivíduos e suas famílias;
- 3) Assistência a um grupo demográfico delimitado;
- 4) Colaboração com o sistema de saúde;
- 5) Trabalho em equipe multidisciplinar em integração multiprofissional;
- 6) Realização de pesquisa;
- 7) Estabelecimento de relações do médico com a comunidade.

A maioria dos Programas tem como âmbito de ação indivíduos, núcleos familiares, grupos materno-infantis e comunidade. Três a quatro deles, no entanto, não estão ainda aprofundando a assistência a núcleos familiares, enquanto outros, embora destacando a assistência ao indivíduo e ao núcleo familiar, ainda não ressaltam devidamente os laços com a comunidade.

Consideram-se núcleos familiares o conjunto de indivíduos que, dizendo-se da mesma família, habitam sob o mesmo teto e comem da mesma mesa, independentemente de laços legais ou sanguíneos.

#### PRÁTICA DE MEDICINA FAMILIAR OU GERAL COMUNITÁRIA

Apenas em Natal, no Rio Grande do Norte, e em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, existem unidades de Prática de Medicina Familiar independentes de centros de formação de recursos primários e de Programas de Residência em Medicina Geral Comunitária.

Por decisão do Sr. Secretário Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte, todos os Centros de Saúde da cidade de Natal serão transformados, dentro de dois anos, em unidades de Medicina Familiar. Três deles já o foram. Tive oportunidade de visitar um—o Centro de Saúde de Brasília Teimosa—que é o maior dos três. Conta com uma equipe de 5 médicos que trabalham em regime de 40 horas semanais, ganhando o duplo dos demais médicos dos Centros de Saúde de atendimento tradicional, os quais trabalham em regime de 20 horas semanais. Utilizam fichas de família. Tanto a clientela, constituída por todas as famílias residentes no bairro de Brasília Teimosa, como os profissionais deste Centro mostraram-se bastante satisfeitos com a nova modalidade de assistência aos núcleos familiares. Os médicos que lá atuam não tiveram ainda nenhum treinamento formal em Medicina Geral Comunitária, exceto a participação num Seminário sobre Medicina Familiar promovido pela Superintendência Regional do INAMPS, de uma semana de duração, coordenado pelo Dr. José Alves Pinheiro, coordenador em exercício da Residência de Medicina Geral Comunitária de Natal. O Dr. Pinheiro fez Curso de Capacitação Docente em Medicina Familiar na Cidade do México.

Em Porto Alegre, a Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul possibilita a criação de unidades de Medicina Geral Comunitária em Centros de Saúde. Trata-se da iniciativa individual, sem teor oficial, de alguns de seus médicos egressos de Residência em Medicina Geral Comunitária. Usam fichas de família ao lado de prontuários rotineiros da SSMA.

Há também prática privada de Medicina Familiar, por parte de alguns médicos, no exercício da medicina liberal, sem entretanto, o componente comunitário.

### FORMAÇÃO DE PESSOAL MÉDICO EM MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA

Dos dez programas visitados, sete estão ligados a Universidades Federais, e um a uma Faculdade de Medicina (a Faculdade de Medicina de Petrópolis). O Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social do Ministério de Previdência e Ação Social (MPAS), contribui para 7 dos programas com bolsas de estudo para médicos residentes, recursos humanos e oportunidade de treinamento em seus serviços. O Grupo Hospitalar Conceição, de que fazem parte o Hospital Nossa Senhora da Conceição e mais três outros hospitais, como empresa pública, está ligado ao MPAS, do qual depende diretamente, sem intermédio do INAMPS. Secretarias Estaduais de Saúde participam diretamente mediante cessão de Centros de Saúde e recursos materiais e humanos em 9 dos 10 Programas, e indiretamente, via Prefeituras locais, no Programa da Associação Hospital de Cotia. Cinco dos Programas mantêm convênios ou outra forma de acordo com Prefeituras locais.

Qualquer programa de Residência Médica ligado, mediante processo competente, à CNRM do Ministério de Educação e Cultura, credenciado por essa Comissão ou em processo de credenciamento, pode abrir concurso uma ou duas vezes ao ano, para seleção dos candidatos ao Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária. Quando a Universidade ou outra Instituição matém programas de Residência em mais de um setor ou especialidade, a prova escrita do concurso é comum para os candidatos de todos os setores.

Os critérios dos concursos para as Residências de Medicina Geral Comunitária, embora constem basicamente de uma prova escrita constituída de testes de múltipla escolha sobre conhecimentos gerais em medicina, e uma entrevista, apresentam pequenas variações que exigem estudo e uniformização mediante consenso dos coordenadores dos programas.

Como em algumas Residências, a exemplo da Universidade Federal de Pernambuco e da Unidade Sanitária Murialdo/Universidade Federal do

Rio Grande do Sul, há concursos diferentes para os candidatos às bolsas da Universidade ou do INAMPS, a possibilidade de variação é ainda maior.

Na Universidade Federal do Piauí há uma prova de conhecimento de língua inglesa e na Universidade Federal de Pernambuco, de língua inglesa, francesa ou alemã. Os demais programas não exigem prova de conhecimento de língua estrangeira. Cerca de metade dos Programas de Residência exige exame de currículo em seus concursos de seleção. Os programas de Residência sediados em Porto Alegre adotam como prova escrita 400 testes de múltipla escolha elaborados pela Associação Médica do Rio Grande do Sul (AMRIGS). Os demais programas no Brasil aplicam 100 testes de múltipla escolha, 20 sobre cada um dos setores de clínica médica, pediatria, toco-ginecologia, cirurgia geral e medicina preventiva e social, com exceção de Petrópolis, onde são aplicados apenas 50 testes nesses mesmos setores. A nota mínima nessa prova, que capacita o candidato a ser convocado para a entrevista, é, em geral, 5. É 4 no Programa de Residência da Associação Hospital de Cotía e da Universidade Federal do Espírito Santo e 6 na do INAMPS/Universidade-Federal do Rio Grande do Norte.

Dois Programas - o da Associação Hospital de Cotía e o da Universidade Federal do Espírito Santo—exigem também para os que tiverem obtido nota de aprovação na prova de testes de múltipla escolha, comum para todos os setores de Residência Médica, uma segunda prova escrita, constituindo em dissertação sobre tema relacionado com Medicina Geral Comunitária. O resultado dessa dissertação será julgado juntamente com o do currículo e o da entrevista.

Dá-se ênfase especial aos resultados das entrevistas, muito embora, por questões regulamentares, seja, em geral, conferido peso 2 à prova de múltipla escolha e peso 1 à da entrevista isolada, ou entrevista, currículo e dissertação.

A composição das comissões de entrevista varia bastante, podendo consistir de 3 a 9 integrantes.

Esta descrição detalhada dos critérios de seleção de candidatos ora vigentes nos Programas nacionais de Residência em Medicina Geral Comunitária indica a necessidade de estudo para uniformização dos critérios de seleção, visando a adoção do melhor:

Os Programas de Residência Médica, em qualquer região em que sejam válidos, devem ser credenciados pela CNRM, processo esse que obedece a normas definidas. Os certificados de aprovação nos Cursos de Residência devem também ser reconhecidos pela CNRM, sem o que não serão oficialmente válidos. Como essas exigências são relativamente recentes, os certificados provisórios emitidos pelas instituições, universitárias ou não, que mantêm Programas de Residência continuam válidos.

A classe médica é ainda muito mal informada a respeito do que constitui a prática e a docência da Medicina Geral Comunitária. Entre os médicos das instituições de ensino superior e outras instituições que mantêm Progra-

mas de Residência em Medicina Geral Comunitária a reação é variável. Muitos são apáticos e outros céticos. Alguns acham inviável este “pretenso” tipo de profissional. Por outro lado há, entre destacados professores, médicos bem sucedidos na prática de assistência terciária—como a psiquiatria, neurologia, neuroeletroencefalografia—e outros que têm grandes esperanças no novo rumo da assistência à saúde traçado pelos adeptos e doutrinadores da Medicina Geral Comunitária e da Medicina Preventiva e Social. Lamentam que o mercado de trabalho esteja ainda fechado, institucionalmente, para estes novos profissionais “especializados no geral”. Aliás, a situação não poderia ser diferente, tão novo é este movimento da Medicina Geral Comunitária entre nós.

Entre preceptores de Medicina Geral Comunitária nota-se, às vezes, desânimo e desalento, agravados pelas consideráveis dificuldades que se apresentam, atualmente, ao médico com poucos anos de graduado, para não dizer de formado—pois muitos, talvez, não estejam ainda devidamente formados, mas ainda “deformados” pelas experiências durante o curso de graduação.

Como não são numerosos os egressos de Programas de Medicina Geral Comunitária no Brasil, a amostra obtida durante as entrevistas pode ser julgada representativa, principalmente considerando que as perguntas não eram dirigidas apenas aos indivíduos entrevistados mas à categoria que representavam. Em todos os casos notou-se grande insatisfação com a situação restrita do mercado de trabalho, embora com a nota ponderada ouvida no Projeto Murialdo, de Porto Alegre, RS, de que essa restrição é ainda menor para o médico geral comunitário do que para os outros especialistas, tanto na Secretaria Estadual de Saúde quanto nos hospitais de serviço mantidos sob a forma de empresa pública—no caso, os da Associação de Hospitais Conceição.

No Nordeste a situação é mais grave porque, enquanto o INAMPS mantém suas portas fechadas para o médico geral que terá de concorrer, com desvantagem, a cargos em outras especialidades, as Secretarias Estaduais de Saúde, não abrindo concurso para acesso a escassas vagas de médico, valem-se apenas de indicações de caráter político-partidário. Quem indica o candidato vale mais que o candidato no critério do preenchimento de vagas. Às vezes, criam-se vagas conforme a força de quem indica.

Quanto aos cursos em si, há às vezes queixas pelas deficiências de supervisão, ou dos serviços ou do treinamento em atividades comunitárias.

Programas de atualização para médicos gerais existem, apenas, no Rio Grande do Sul, por iniciativa do Departamento de Medicina Geral Comunitária e do Setor de Educação Contínua da Associação Médica do Rio Grande do Sul. Os cursos promovidos têm contado com a colaboração de integrantes dos Programas de Residência Geral Comunitária de Porto Alegre. As demais Sociedades (ou Associações) Estaduais de Medicina do país promovem também programas de atualização para médicos das capitais e

do interior, sem, no entanto, uma orientação definida da Medicina Geral Comunitária ou de Família. Pelo contrário, muitas vezes são abordados tópicos de natureza bem especializada. Seria então uma "atualização" no que há de mais moderno. Um exercício intelectual dos que têm oportunidade de dominar melhor os "avanços" da Medicina. No Brasil não existe ainda Departamento ou Disciplina de Medicina Geral Comunitária nos Cursos de Graduação em Medicina.

Até 1982 concluíram Residência em Medicina Geral Comunitária (todos os cursos de 2 anos de duração) 174 médicos. Mais contribuíram para este total dos egressos (91%) os Programas da Universidade Federal de Pernambuco (28), da Unidade Sanitária de Murialdo (50) e do Hospital Nossa Senhora da Conceição, em Porto Alegre (80). Os dois primeiros, por existirem há mais tempo, e os últimos devido a um período em que, por cancelamento de outros Programas de Residência no Grupo Hospitalar Conceição, houve alto número de vagas disponíveis para Medicina Geral Comunitária, então chamada de Medicina Geral.

Desses 174 médicos egressos até 1982, sabe-se que cerca de 154 estão empregados (88,5%). A respeito dos restantes não há informação.

### PROGRAMAÇÃO DAS RESIDÊNCIAS EM MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA

Dentro deste tópico, de acordo com questionário aplicado, foram feitas indagações sobre:

- 1 - Atividades na comunidade e locais em que se desenvolvem;
- 2 - Atividades de assistência primária;
- 3 - Atividades de assistência secundária;
- 4 - Atividades de assistência terciária;
- 5 - Atividades de administração;
- 6 - Atividades na área de epidemiologia;
- 7 - Plantões;
- 8 - Atividades didáticas complementares;
- 9 - Número atual de Médicos Residentes;
- 10 - Número de preceptores.

As atividades na comunidade não parecem ainda ter conceito bem preciso e uniforme em todos os Programas. Esta imprecisão conceitual é sentida pelos próprios médicos-residentes, que se mostram ora totalmente desanimados para participar nesta parte do programa da residência, ora frustrados, reclamando o seu cumprimento e o necessário apoio de preceptores. Programação rígida visando preenchimento de carga horária (um mínimo de 15% da carga horária total exigido pela Resolução nº 07/81 do CNRM) seria uma preocupação estéril. O ítem da Resolução referente a este assunto

estipula atividades em domicílios, escolas, locais de trabalhos e lazer. Não há, portanto, definição de atividades, mas apenas indicação dos locais em que se podem desenvolver.

Faz-se necessária uma reunião de caráter nacional, com participação multiprofissional, para melhor definição deste assunto. Nos 10 Programas visitados, assinalaram-se as seguintes atividades comunitárias com participação dos residentes:

- delimitação de área e cadastragem das famílias.
- visitas domiciliares para entrevista com seus moradores e observação dos aspectos físicos da casa.
- visitas domiciliares para controle de prioridades e de doenças transmissíveis.
- educação para a saúde e saúde escolar.
- estudo de remédios caseiros através de visitas domiciliares.
- reuniões com grupos de hipertensos, doentes mentais, diabéticos e clube de mães:
  - reunião nos postos com grupos comunitários para discussão sobre os serviços de saúde e reivindicações da comunidade.
  - campanhas de imunização.
  - atividades de vigilância epidemiológica.
  - inquéritos de morbidez, a domicílio ou nos Postos de Saúde.

Em muitos dos programas “as atividades na comunidade” são executadas no recinto dos postos ou centros de saúde.

Percebe-se dificuldade em delimitar estas atividades da própria assistência primária e das atividades no setor da epidemiologia.

A especificidade dessas ações e o esforço dispendido para sua execução variam muito se a população atendida reside em áreas rurais ou urbanas.

Em essência, há unanimidade quanto ao que se entende por assistência primária (ou cuidados primários) em todos os Programas. Seriam os cuidados prestados no nível mais periférico do sistema de saúde; a porta de entrada de um sistema regionalizado e hierarquizado em três níveis de assistência. A esse respeito transcrevemos considerações feitas durante as entrevistas, respectivamente, com os responsáveis pelos Programas do Hospital Nossa Senhora da Conceição em Porto Alegre, RS, da Universidade de Pelotas, RS, e do Hospital Municipal de Petrópolis, RJ:

“Considera-se como assistência primária o cuidado integral e contínuo ao indivíduo, à família e à comunidade. Não é primário por ser mais simples mas por ser o primeiro e o principal contacto do médico com o paciente, propiciador de um entendimento global dos problemas que estão afetando o indivíduo, a família e a comunidade. Além disso é também primário por atender aos problemas de saúde mais prevalentes na comunidade. Os cuidados secundários ou terciários não são mais complexos que os cuidados primários. Estes últimos exigem talento e uma boa formação”.

“Assistência primária é o atendimento ambulatorial de problemas de saúde ainda não triados, isto é, “problemas novos”, não vistos ainda por outro profissional. Nem sempre são casos simples ou mais prevalentes na comunidade. Podem ser casos de hipertensão, lesões pulmonares ou neoplasias, por exemplo”.

“Assistência primária é entendida como o trabalho de Auxiliar de Saúde, de profissionais de saúde e de médicos. É tudo o que o médico consegue fazer numa salinha, com o mínimo de tecnologia e o máximo de conhecimento, com um poder de resolução de 80-90% dos casos. A urgência é também compreendida como assistência primária”.

Tratam-se de tres enunciados diferentes e complementares da assistência ou cuidados primários e que, unidos aos demais não transcritos aqui, correspondentes aos registrados na literatura (7,8,9,13,14) completam o que se entende entre os Programas de Residência Geral Comunitária, no Brasil, sobre cuidados primários de saúde. A implantação dos 13. Postos de Saúde do Sistema de Assistência Elementar, do Programa de Saúde Comunitária do Projeto Vitória da UFPE, fundamentou-se no conceito da Conferência de Alma-Ata, pelo qual cuidados primários de saúde são cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente fundamentados e socialmente aceitáveis, com tecnologia de acesso universal para os indivíduos e suas famílias e a um custo que a comunidade e o país possam manter (11).

De acordo com as normas definidas na Resolução nº 07/81, 40% da carga horária total dos Programas de Medicina Geral Comunitária devem ser ocupados em atividades de assistência primária.

Em metade dos programas entendem-se como cuidados secundários o atendimento em ambulatório e internação nos setores básicos de clínica médica, pediatria, toco-ginecologia e cirurgia geral.

Em dois dos Programas o atendimento em ambulatório nos setores básicos seria ainda considerado como assistência primária, sendo cuidados secundários apenas os tratamentos com internação nos referidos setores básicos.

Um dos programas compreende como cuidados secundários “a assistência prestada a nível de ambulatório e interação das especialidades básicas e psiquiatria e atendimento de condições relativamente simples de oftalmologia ou outras áreas cujos campos, não sendo bem definidos, poderiam ser considerados como limítrofes com a assistência primária e a secundária”.

Na Residência da Universidade Federal de Pelotas, cuidados secundários são considerados como atendimentos a problemas de saúde já triados por outro profissional, porém tratados ainda em ambulatório.

Por fim, num dos Programas, os cuidados secundários exercidos pelos Residentes resumem-se à assistência a pacientes mantidos em leitos de observação.

No Programa do Hospital Presidente Dutra, no Maranhão, não há treinamento dos Residentes em cuidados secundários.

A carga horária exigida oficialmente para atividades em cuidados secundários e terciários é de um mínimo de 10% da carga horária total (Resolução nº 07/81).

Entendem-se como cuidados terciários tratamento de internação ou de ambulatório em especialidades mais complexas (ou, melhor, de base mais estreita e em sentido mais vertical) que os setores básicos.

Em dois dos Programas não há treinamento em cuidados terciários. Em quatro há estágios em serviços de doenças infecto-contagiosas, em outro, em serviço de hanseníase, e de doenças sexualmente transmissíveis. Em quatro há treinamento em serviços de dermatologia.

Algumas Residências têm também treinamento em serviços de traumatologia, pneumologia, oftalmologia, otorrinolaringologia.

Em dois Programas não existe, como atividade planejada, treinamento dos Residentes em administração, muito embora eles participem informalmente no processo administrativo dos Postos ("Unidades Avançadas") onde atendem os pacientes. Os demais fazem cumprir estas atividades ou através de estágios dos Residentes em serviços de administração central (Secretarias de Saúde, INAMPS) ou por meio de um rodízio dos mesmos Residentes na função de sub-chefe das unidades onde estejam trabalhando (Postos, Centros de Saúde) ou pela sua participação no próprio planejamento e avaliação dos Programas de Residência ou de Unidades de Medicina Geral Comunitária (ou de Família). O sistema de estágios em setores de administração central em saúde, parece ser altamente ineficiente, por falta de supervisão adequada, que acarreta total desinteresse por parte dos residentes.

As atividades no setor de epidemiologia, algumas vezes, não são definidas pelos responsáveis pelo Programa, por serem consideradas como conjugadas à própria atividade clínica dos Residentes. Noutros programas são consideradas como imunizações em escolas, participação em campanhas nacionais de imunização, notificação de doenças, investigações epidemiológicas, tratamento de doenças infecciosas, levantamentos de prevalência de certas doenças, participação em inspeções de indústrias, casas comerciais, inspeção de alimentos, etc.

Todos os programas mantêm plantões para os Residentes, mais frequentemente em maternidade e emergências pediátricas e de adultos. Há também alguns com plantões noturnos em unidades de Pronto Atendimento Médico do INAMPS ou na própria Unidade de Medicina Familiar, ou ainda em grandes serviços de emergência de Hospitais Gerais.

Faz-se necessária uma análise para determinar quais os plantões mais proveitosos para os médicos gerais comunitários.

As atividades didáticas complementares, oficialmente estabelecidas para ocupar 10 a 20% de carga horária total da programação, são de extrema importância para a formação intelectual e ética do futuro especialista em Medicina Geral Comunitária. Essas atividades podem, quando devidamente conduzidas, ter uma influência muito positiva sobre o treinamento em serviço, que ocupa 80 a 90% da carga horária da programação. Devem, portanto, determinar a individualidade e o grau de excelência de cada Programa, através das interrelações de teoria e prática. Por isso mesmo mereceriam reavaliações cuidadosas em reuniões periódicas de caráter nacional.

Constam, em geral, de seminários, pequenos cursos, palestras, reuniões periódicas para avaliações dos programas e debates sobre assuntos de interesse dos próprios residentes, com ou sem participação de preceptor, sessões para discussão de assuntos de pediatria, clínica médica, cirurgia, tocoginecologia ou saúde comunitária, clube de livros e revisões bibliográficas. Os pequenos cursos tratam frequentemente de epidemiologia, bioestatística, método de investigação científica, ciências sociais aplicadas à saúde, planejamento e administração em saúde, etc. No Programa da Associação Hospital de Cotia é incluído para os R<sub>2</sub> um curso de saúde pública ministrado pelo DMPS da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, com carga de 360 horas, durante um período de 8 meses. Esta experiência adotada anteriormente por alguns outros Programas tem, recentemente, sido abandonada, por ocupar bastante tempo da programação ou porque os assuntos expostos nem sempre combinam com os interesses principais da Residência em Medicina Geral Comunitária.

A julgar pelas informações colhidas, essas atividades didáticas complementares parecem ainda sem unidade ou suficiente coesão. Dá-se pouco ou nenhum destaque a discussões sobre a situação atual e os destinos da Medicina Geral Comunitária no Brasil, como organização de prática médica, como carreira universitária, ou melhor, como carreira docente e de produção de conhecimentos e como mercado de trabalho.

Existem, atualmente, 138 médicos cursando os 10 Programas de Medicina Geral Comunitária visitados; 73 R<sub>1</sub> e 65 R<sub>2</sub>. Desses 138 residentes, 92 recebem bolsa do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), 18 do Ministério da Educação e Cultura (MEC), 14 da Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul (SSMA) e 14 do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre, RS. Os quatro maiores grupos de residentes estão respectivamente nos Programas da Unidade Sanitária Murialdo (42), da Associação Hospital de Cotia (24) do Hospital Presidente Dutra do Maranhão (16) e da Universidade Federal de Pernambuco (11).

Além dos preceptores há também numerosos profissionais que participam dos diversos programas como colaboradores, em cursos de atividades didá-

ticas complementares, ou como preceptores eventuais durante os plantões e estágios em serviços de Assistência Terciária.

Alguns Programas, como o do Hospital Nossa Senhora da Conceição e o da Universidade Federal do Piauí, já estão aguardando a incorporação de novos preceptores para supervisão nas atividades de atendimento médico, por insuficiência dos respectivos quadros em número, horas disponíveis ou capacitação nos aspectos clínicos de Medicina Geral Comunitária e dos setores básicos. No hospital Nossa Senhora da Conceição, os preceptores comparecem apenas cerca de 1 hora por semana para atividades didáticas complementares. No Programa de Pelotas há um radiologista que dedica 8 horas semanais ao Programa para discussão de casos.

Observação: Além destes Programas, há outros, considerados no Programa de Análise de Integração Docente-Assistencial (PROAIDA), resultante do acordo firmado entre FEPAFEM, OPS e Fundação K. W. Kellogg, que também se destinam à formação de médicos gerais, tais como o Programa de Formação do Médico Generalista e de Atenção Primária da Universidade Federal de Minas Gerais (Secretaria de Saúde do Estado e Prefeituras Municipais); Projeto de Integração Docente-Assistencial com ênfase em Saúde Materno-Infantil e Cuidados Primários, da Secretaria de Saúde do Estado e Universidade Federal de Goiás, e outros (15).

## COMENTÁRIO

O trabalho desenvolvido pelos 10 Programas de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária representa considerável esforço em prol do aperfeiçoamento da Assistência Médica no país, principalmente através de cuidados primários de saúde, em consonância com as recomendações da Conferência de Alma-Ata, no sentido de oferecer melhores condições de vida para todos no Ano 2000. Esses Programas, que, por termos de lei, constituem cursos de especialização, estão não só formando médicos especialistas em Medicina Geral Comunitária, mas contribuindo para a reformulação, há tantos anos discutida e almejada, dos cursos de graduação em Medicina.

O esforço é recente: dez dos treze programas foram implantados nesta década de 80. Estão, portanto, ainda em fase incipiente de seu desenvolvimento. Necessitam tornar-se mais conhecidos do público leigo e do setor saúde para, em debate sem idéias preconcebidas, receber a confirmação de sua utilidade.

Necessitam, sobretudo, da análise crítica e da aprovação de instituições como o INAMPS, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e as Instituições de Ensino Superior que, reunidas, constituem o grande mercado de trabalho para os médicos neste país.

Tendo já sido lançados ao mercado de trabalho até 1982 cerca de 174 médicos gerais comunitários, vale a pena indagar por que o INAMPS e as Secretarias de Saúde não os têm procurado para organização de unidades pioneiras de Medicina Geral Comunitária ou Familiar, como tentativa de maior racionalização e humanização do atendimento médico.

Os Hospitais de Clínicas, com sua finalidade especial e necessária às atividades de assistência terciária, numa rede de saúde racionalmente constituída, não são, evidentemente, os locais indicados para o treinamento de médicos gerais, quer a nível de graduação ou pós-graduação. Se os Hospitais Universitários renunciam, por falta de recursos ou deliberação de ordem administrativa ou conceitual, a desenvolver o saber, as habilidades e as atitudes inerentes ao desempenho das várias especialidades da assistência terciária, não criando condições para isso, as populações a que estes hospitais deveriam assistir ficam mutiladas. Os pacientes, ricos ou pobres, que necessitem desse tipo de assistência, ou não a receberão ou, no caso dos ricos ou pessoas de grande prestígio social, são forçados a procurar essa assistência em centros mais desenvolvidos ou, pelo menos, onde esses serviços apresentem condições mínimas de segurança para seu funcionamento.

Assim sendo, a integração docente-assistencial é imprescindível para a formação de médicos gerais.

Tem havido várias propostas, decretos, resoluções e leis, no Brasil, em favor da integração docente-assistencial, a começar pelo Decreto nº 63.341 de 1/10/68 que facultava aos alunos de ciclo profissional do curso médico prosseguir sua formação em unidades clínicas não pertencentes a universidade, mas que pudessem ser usadas mediante convênios (12). Após muitas reuniões e seminários de caráter nacional ou regional, o Documento nº 3 da Série Cadernos de Ciências da Saúde - MEC/SESu, reforçou de maneira categórica e definitiva esta proposta (16). Apesar disso, numerosas e graves são as dificuldades que ainda enfrenta, entre nós, o processo de IDA, com honrosas excessões para a administração do setor saúde em alguns Estados.

Devemos ressaltar que o movimento em torno da formação do médico geral ou de família, em graduação, pós-graduação ou ambos, embora muito oportuno e necessário, apresenta obstáculos de várias ordens. Só poderão ser vencidos com a pertinácia dos que nele estejam envolvidos, e elevada compreensão, espírito público e firme decisão dos órgãos competentes, como os Ministérios de Educação e Cultura, da Saúde e da Previdência e Ação Social.

## RESUMO

Desde 1948 faz-se notar no Brasil a necessidade de médicos com formação geral, principalmente para atender aos problemas de saúde no interior do país. Em 1976 inauguraram-se os dois primeiros Programas de Residência Médica para a formação de médicos gerais. Hoje existem 13 desses progra-

mas. Dez deles foram estudados neste informe, que se baseou em visitas a serviços onde os médicos residentes recebem treinamento e a certas zonas servidas pelos programas, bem como em entrevistas com autoridades nos setores de educação e saúde, com egressos dos programas, com médicos residentes e com coordenadores ou supervisores dos Programas de Residência.

Medicina Geral Comunitária é a expressão mais amplamente aceita entre profissionais para designar a prática médica voltada para indivíduos, núcleos familiares e comunidade, dedicada à assistência total, contínua e personalizada ao paciente. A Medicina Geral Comunitária deve levar em consideração os fatores psicológicos e socio-econômicos e interagir com a comunidade para colaborar na solução de seus problemas.

Os Programas de Residência em Medicina Geral Comunitária são indispensáveis para formar docentes e pesquisadores que sirvam de modelo aos graduados e venham a modificar os cursos de graduação, afastando-os da excessiva especialização ora prevalente, a fim de criar uma medicina mais humana, que melhor corresponda às necessidades sanitárias das regiões menos desenvolvidas.

Por falta de informação sobre a prática e docência da Medicina Geral Comunitária, as reações da classe médica variam da apatia ao ceticismo ou aprovação. Como se trata de um movimento novo no Brasil, há ainda grandes dificuldades a resolver, inclusive deficiências no ensino e falta de oportunidades de trabalho para os graduados. Até 1982, 174 médicos tinham concluído Residência em Medicina Geral Comunitária no Brasil, sabendo-se que cerca de 154 estavam empregados.

Há no momento 138 médicos cursando os 10 Programas estudados. Além dos preceptores, muitos profissionais também neles colaboram em capacidades diversas, variando o seu número e horas de trabalho conforme o Programa.

Além dos 13 Programas de Residência em Medicina Geral Comunitária há outros, resultantes do acordo entre FEPAFEM, OPS e Fundação K. W. Kellogg, que já atuam no Brasil sob nomes diversos e também incluem a formação de médicos gerais.

Os esforços representados pelos Programas de Residência em Medicina Geral Comunitária, sendo recente, precisa tornar-se mais conhecido pelo público e pelos profissionais antes de se poder confirmar sua utilidade. Necessita também da análise crítica das instituições oficiais e de ensino médico, que constituem o grande mercado nacional de trabalho para os médicos brasileiros.

#### REFERÊNCIAS

(1) Plano Salte. Setor Saúde *Diário do Congresso Nacional*. Suplemento ao nº 91, Capital Federal, 27 de maio de 1948.

- (2) Mello, C. G. A Formação do Médico Generalista e a Medicina Previdenciária *Rev Bras Educ Med* Rio de Janeiro, Suplemento nº 1 67-80, 1978.
- (3) OMS/ABEM/Faculdade de Medicina de Petrópolis - Seminário "A Formação do Médico de Família". Petrópolis, RJ - 11 a 12 de maio de 1973, OMS/ABEM/Fac. Med. Petrop., 1973. pp. 80.
- (4) Seminário sobre "Formação do Médico Generalista", Campinas - SP, 24-27 de maio de 1978. ABEM, Fundação W. K. Kellogg. *Rev Bras Educ Med* Suplemento nº 1, 1978.
- (5) Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM). *Anais do XVI Congresso Brasileiro de Educação Médica*. Londrina, PR, 22-24 de novembro de 1978.
- (6) Candau, M. G. Planejamento Geral e Aspectos Doutrinários da Formação do Médico de Família e suas Relações com o Sistema de Saúde. *Anais do XVI Congresso Brasileiro de Educação Médica*. Londrina-PR, 22-24 de nov. de 1978. p. 23-30.
- (7) Chaves, M. M. Regionalização Docente-Assistencial a Níveis de Assistência. Seminário sobre Hospitais de Ensino realizado no Sheraton Hotel. Rio de Janeiro 26/08/1975. Trabalho mimeo.
- (8) Formação do Médico Generalista: Novos Rumos. *Rev. Brasileira Educ Med* Suplemento. Rio de Janeiro: 113-122, maio 1978.
- (9) *Saúde, uma Estratégia de Mudança*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Dois, 1982.
- (10) Kloetzel, K. O Ambulatório e o Médico Geral Comunitário; *Residência Médica*. Brasília 5(1):23-72, 1983.
- (11) OMS/UNICEF. *Alma-Ata, 1978. Cuidados Primários de Saúde*. UNICEF, Brasil, 1979.
- (12) ABEM. Legislação. Regulamento do Internato. *Boletim da Associação Brasileira de Educação Médica* 15(2). mar/abr. 1983.
- (13) Ceitlín, J. *Que es la Medicina Familiar*, FEPAFEM, W. K. Kellogg. Caracas, Prensas Venezolanas, 1982.
- (14) Garret, E. J. Funciones del Médico en la Atención Primaria de Salud - *Educación médica y salud* 13(3):249-257, 1981.
- (15) ABEM. *Integração Docente-Assistencial*. Rio de Janeiro. Série Documentos da Associação Brasileira de Educação Médica, nº 6, 1983.
- (16) Brasil - *Integração Docente-Assistencial - IDA* - Brasília, MEC/SESu, Série Cader-nos de Ciências da Saúde, nº 3, 1981.

---

## Anexo - I

### Questionário

#### I - Aspectos Conceituais

- 1 - Conceito que tem de Medicina Geral Comunitária.
- 2 - Razões para a existência ou não de Programas de Residência de Me-

dicina Geral Comunitária (de ordem conceitual, política, econômica, acadêmica, etc.)

- 3 - Origens deste programa de Residência em Medicina Geral Comunitária.
- 4 - Objetivo deste programa de Residência em Medicina Geral Comunitária.
- 5 - O âmbito de ação deste Programa de Medicina Geral Comunitária (grupo materno-infantil, núcleo familiar, comunidade, etc.)
- 6 - Caso o programa se destine a núcleos familiares - composição do núcleo familiar (aspectos legais, conceituais, econômicos).
- 7 - Diferença conceitual que existe no país entre medicina familiar, medicina geral, medicina geral comunitária, medicina de assistência primária, etc.

II - *Prática de Medicina Familiar*

Consulte o questionário original.

III - *Formação do Pessoal Médico em Medicina Geral Comunitária*

- 16 - Quando se iniciou este programa de Residência em Medicina Geral Comunitária (ano).
- 17 - Razão da origem deste Programa (de ordem conceitual, histórica, política, etc.) e qual o papel do curso de graduação quanto ao objetivo de formar médicos gerais.
- 18 - Instituições participantes neste programa.
- 19 - Relações deste programa com a Universidade.
- 20 - Critérios de seleção para a Residência em Medicina Geral Comunitária.

III - *Formação do Pessoal Médico em Medicina Geral Comunitária*

- 21 - Grau de aceitação pelos médicos (preceptores do programa, médicos-docentes, outros, médicos dos serviços) dos Programas de Residência em Medicina Geral Comunitária.
- 22 - Grau de satisfação dos egressos das residências em Medicina Geral Comunitária com os programas existentes.
- 23 - Há programas de educação contínua para médicos especializados em medicina geral comunitária?
- 24 - Número de egressos desde Residência até 1982.
- 25 - Número e percentagem de especialistas em Medicina Geral Comunitária que estejam com emprego até 1982 e em que setor da medicina.

IV - *Programação desta Residência*

- 26 - Atividades na comunidade e locais em que se desenvolvem. Horário e carga horária total (%).
- 27 - Atividades de assistência primária conceito

- local em que se desenvolvem carga horária total (%).
  - 28 - Atividades de cuidados secundários conceito  
locais em que se desenvolvem carga horária total (%).
  - 29 - Atividades de cuidados terciários conceito.  
locais em que se desenvolvem carga horária total (%).
  - 30 - Atividades de administração programação  
locais em que se desenvolvem as atividades carga horária total (%).
- IV - *Programação desta Residência*
- 31 - Atividades na área de epidemiologia.
  - 32 - Plantões modalidades  
locais em que se efetuam.
  - 33 - Atividades didáticas complementares  
Resumo da programação.
  - 34 - Número de Residentes (R1 e R2)  
Procedência das bolsas.
  - 35 - Número de preceptores  
cargas horárias respectivas  
vinculações funcionais.

#### MEDICINA FAMILIAR EN EL BRASIL (*Resumen*)

Desde 1948 ha existido en el Brasil la necesidad de disponer de médicos con formación general, principalmente para atender los problemas de salud en el interior del país. En 1976 se inauguraron los dos primeros programas de residencia médica para la formación de médicos generales. Hoy en día existen 13. Diez de ellos se estudian en este informe, basado en visitas efectuadas a los servicios donde los médicos residentes reciben adiestramiento y a ciertas zonas servidas por los programas, así como en entrevistas con autoridades del sector de educación y salud, con personas egresadas de los programas, médicos residentes y coordinadores o supervisores de los programas de residencia.

La medicina general comunitaria es la expresión más ampliamente aceptada entre los profesionales para designar la práctica médica orientada hacia las personas, los núcleos familiares y la comunidad, dedicada a la atención total, continua y personalizada al paciente. En la medicina general comunitaria se deben tener en cuenta los factores psicológicos y socioeconómicos y establecer una interacción con la comunidad para colaborar en la solución de sus problemas.

Los programas de residencia en medicina general comunitaria son indispensables para formar profesores e investigadores que sirvan de modelo a los aspirantes al grado y que modifiquen los cursos de grado, impidiendo que sean excesivamente especializados como es hoy en día el caso, a fin de crear una medicina más humana, que corresponda mejor a las necesidades sanitarias de las regiones menos desarrolladas.

Por falta de información sobre la práctica y la docencia de la medicina general comunitaria, las reacciones de la clase médica varían entre apatía y escepticismo o aprobación. Como se trata de un movimiento nuevo en el Brasil, todavía quedan grandes dificultades por resolver, inclusive las deficiencias en la enseñanza y la falta de oportunidades de trabajo para los graduados. Hasta 1982, 174 médicos habían concluido la residencia en medicina general comunitaria en el Brasil, y de ellos, 154 estaban empleados.

En la actualidad hay 138 médicos que cursan los 10 programas estudiados. Además de los preceptores, muchos profesionales colaboran en ellos, en diversas capacidades, variando su número y horas de trabajo según el programa.

Además de los 13 programas de residencia en medicina general comunitaria hay otros, como resultado del acuerdo suscrito entre FAPAFEM, la OPS y la Fundación K. W. Kellogg, establecidos en el Brasil bajo nombres diversos y destinados también a la formación de médicos generales.

El esfuerzo representado por los programas de residencia en medicina general comunitaria, que es reciente, debe darse a conocer al público y a los profesionales en forma más amplia antes de poder confirmar su utilidad. Se necesita también un análisis concienzudo por parte de las instituciones oficiales y de enseñanza médica, que constituyen el gran mercado nacional de trabajo para los médicos brasileños.

#### FAMILY MEDICINE IN BRAZIL (*Summary*)

A need for general physicians, chiefly to deal with health problems in the inter-larids, has made itself felt since 1948. The first two medical residency programs for the training of general physicians were begun in 1976, and today there are 13 such programs. Ten of those programs have been studied in this report, which is based on visits to the establishments where the resident physicians receive training and to some areas served by the programs, and on interviews with education and health officials, alumni of the programs, resident physicians, and coordinators and supervisors of residency programs.

"Community general medicine" is the term most widely used in the profession to designate medical practice addressed to the individual, the family and the community and providing total, ongoing and personalized care of the patient. Community general medicine must take account of psychological and socioeconomic factors and interact with the community to collaborate in the solution of its problems.

The residency programs in community general medicine are essential for the training of teachers and researchers who will be models to the graduating students and change the undergraduate courses by removing them from the now prevalent

overspecialization so as to arrive at a more humane medicine that is more responsive to the health needs of less developed regions.

For lack of information on the practice and teaching of community general medicine, attitudes in the medical profession vary from apathetic to skeptic to approving. As a new movement in Brazil, it has great difficulties to overcome, including shortcomings in the training for it and a lack of job openings for graduates. Up to 1982, 174 physicians had completed residencies in community general medicine in Brazil, and about 154 of them are known to have been employed.

There are at present 138 physicians attending the 10 programs considered. The regular teaching staff are joined by many professionals in different capacities, who vary in number and working hours with the requirements of the program.

In addition to the 13 residency programs in community general medicine, others have sprung up under the agreement between FEPAFEM, PAHO and the K. W. Kellogg Foundation; they are already operating under different names in Brazil and include the training of general physicians.

The residency programs in community general medicine are still new and need to become better known to the public and members of the profession before it can be confirmed that they are of use. A critical analysis of the programs is also needed by the medical training and official institutions, which constitute the major domestic labor market for Brazilian physicians.

#### MÉDECINE FAMILIALE AU BRÉSIL (*Résumé*)

Depuis 1948, on observe au Brésil un besoin de disposer de médecins ayant reçu une formation générale, principalement pour faire face aux problèmes de santé dans l'intérieur du pays. En 1976 ont été lancés les deux premiers programmes de résidence médicale pour la formation de médecins généralistes. Aujourd'hui, ces programmes sont au nombre de 13. Dix d'entre eux sont étudiés dans ce rapport, fondé sur des visites effectuées auprès des services où les médecins résidents reçoivent une formation et à certaines zones desservies par les programmes, ainsi que sur des entrevues avec les autorités du secteur de l'éducation et de la santé, avec des personnes formées dans le cadre de ces programmes, des médecins résidents et des coordinateurs ou superviseurs des programmes de résidence.

La médecine générale communautaire est l'expression la plus largement acceptée des professionnels pour désigner la pratique de la médecine orientée vers les personnes, les cellules familiales et la communauté, consacrée à des soins complets, continus et personnalisés à l'égard du patient. En médecine générale communautaire, il faut tenir compte des facteurs psychologiques et socio-économiques et établir une interaction avec la communauté pour collaborer à la recherche de solutions à ses problèmes.

Les programmes de résidence en médecine générale communautaire sont indispensables pour former des professeurs et des chercheurs susceptibles de servir de modèles aux aspirants à ces professions et de permettre une modification des cours et d'empêcher un excès de spécialisation tel que celui qui existe aujourd'hui, afin

de créer une médecine plus humaine, qui corresponde mieux aux besoins sanitaires des régions moins développées.

Faute de renseignements sur la pratique et l'enseignement de la médecine générale communautaire, les réactions de la classe médicale varient de l'apathie au scepticisme ou à l'approbation. Comme il s'agit d'un mouvement nouveau au Brésil, il reste encore de grandes difficultés à résoudre, notamment les insuffisances de l'enseignement et l'absence de possibilités de travail pour les diplômés. En 1982, 174 médecins avaient terminé la résidence en médecine générale communautaire au Brésil, et 154 d'entre eux étaient employés.

Actuellement, 138 médecins suivent les 10 programmes d'études. En plus des professeurs, de nombreux professionnels y collaborent, à divers titres, en quantité et pour des nombres d'heures de travail divers selon le programme.

Outre les 13 programmes de résidence en médecine générale communautaire, il existe d'autres programmes, qui résultent de l'accord conclu entre le FEPAFEM, l'OPS et la Fondation K. W. Kellogg, établis au Brésil sous des noms divers et qui se consacrent également à la formation de médecins généralistes.

L'effort représenté par les programmes de résidence en médecine générale communautaire, qui est récent, doit être porté à la connaissance du public et des professionnels de façon plus large avant de pouvoir confirmer leur utilité. Il faut également que ces programmes soient analysés consciencieusement par les établissements officiels et les établissements d'enseignement de la médecine, qui constituent le grand marché national du travail pour les médecins brésiliens.

# El futuro de la atención primaria

PROF. C. ORDOÑEZ CARCELLER<sup>1</sup>

---

## INTRODUCCION

Uno de los problemas más complejos en el momento presente es la formación del médico que necesita el país. En Cuba el Servicio Nacional de Salud (SNS) ha determinado que el tipo de médico que hace falta es un médico general integral.

En el ámbito internacional, la mayoría de las escuelas de medicina han intentado formar médicos generales. Sin embargo, la realidad de los hechos ha sido una formación clásica, un "antimédico general", y la mayoría de los graduados siempre optan por las especialidades cuyo perfil de acción es muy estrecho en el espectro de la atención médica y la salud.

En nuestro medio, a pesar de los esfuerzos realizados, no hemos logrado esa meta.

Para formar graduados que estén preparados adecuadamente para ejercer en la comunidad afrontando los problemas de salud presentes y futuros de la población, debemos hacernos algunas preguntas. Por ejemplo:

¿Qué es atención primaria?

¿Qué importancia tiene en el esquema integral de la atención del proceso salud-enfermedad?

¿Y cómo y por quiénes se ejecutará en el futuro?

¿Qué es la medicina general?

¿Hacia dónde se dirige?

¿Qué papel tendría el médico general en su presente forma o cómo médico de 120 familias o cómo especialista?

¿Qué papel tendrá en la atención primaria el médico general básico, el "médico de las 120 familias"<sup>2</sup> y el especialista de medicina general integral en el año 2000?

No debemos reservar este cuestionario futurista a la atención primaria y las mismas preguntas deberíamos hacerlas en relación con las especialidades básicas, las especialidades médicas, y las especialidades quirúrgicas, relacionadas con los servicios, la docencia y la investigación.

Ahora bien, no es posible determinar definitivamente lo que es la práctica médica general, en su conjunto y mucho menos lo que será en el futuro.

---

<sup>1</sup> Director, Policlínico Docente Comunitario Plaza, Ministerio de Salud, La Habana, Cuba.

<sup>2</sup> Se trata de un médico general a nivel comunitario encargado de un sector con 120 familias, relacionando a estas familias con los policlínicos.

Mucho se ha publicado en la literatura médica para tratar de definir la situación actual de la medicina general y los caminos para su desarrollo futuro. Hay criterios y opiniones contradictorias acerca del médico de familia, del médico general, y del médico general especialista. Pero hay consenso en el criterio de que es muy importante.

## LA MEDICINA GENERAL COMO UNA DISCIPLINA ACADÉMICA

Hay autores que consideran a la medicina general como una disciplina académica, entre ellos Ian McWhinney quien publicó en el *Lancet* un trabajo sobre la práctica general como una disciplina académica (1).

Sin embargo, la mayoría de los criterios acerca de este tema fueron adversos. El argumento principal de que el médico general tiene un mayor interés en los problemas de salud de la población, es cuestionable, pues todo buen médico y todo buen especialista (más aún en nuestro país), también tiene un gran interés. Además, todos sabemos que es más importante la persona que padece la enfermedad.

Otro argumento cuestionable es que el médico general tiene una relación más íntima y estrecha con el paciente. Esto es cierto para los médicos generales, pero también es cierto para cualquier especialista bien formado y actualizado; por lo tanto, no se puede utilizar como una característica única del médico general.

Donde está, a mi entender, el punto crucial de la importancia y de la necesidad del médico general es en el "espacio social" de su ejercicio, que es la comunidad (integrada por individuos y familias), donde se detecta más tempranamente la desviación de lo normal hacia lo patológico, donde se puede promover la salud mejor y prevenir la enfermedad, y donde se puede ejercer a plenitud el enfoque clínico-epidemiológico y social para la solución de los problemas de salud del individuo, de la familia y de la comunidad. Esto sí se puede identificar como una de las características básicas y una responsabilidad principal del médico general.

Es un editorial de la revista *New England Journal of Medicine* (2), McKenna y Wacker identificaron que la importancia del médico general radica en que "está orientado a la persona más que a la enfermedad, como una característica distintiva del que ejerce la atención primaria". Este es un argumento muy diferente al de que el médico general tiene un gran interés priorizado en las personas.

Este razonamiento nos destaca además la necesidad de reorientar también la práctica hospitalaria, hacia el individuo y no hacia la enfermedad, y de proyectar el episodio de la enfermedad a la comunidad.

Otra de las preguntas básicas para el aprendizaje de la medicina general sería ¿qué objetivos específicos deberían ser logrados por el médico y el estudiante trabajando en la medicina general, en la comunidad?

La respuesta podría ser:

1. Objetivos relacionados con la elección de la adecuada atención médica, enfocando integralmente los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad, y teniendo en cuenta los aspectos psicosociales y ambientales en el determinismo del proceso de salud-enfermedad.

2. Objetivos relacionados con la solución efectiva de los problemas de salud, haciendo énfasis en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades y manejando habitualmente el uso de las investigaciones especializadas.

3. Objetivos relacionados con el envío oportuno a los niveles secundarios y terciarios de los pacientes que lo necesiten, ejerciendo el enfoque sistémico de los problemas de salud.

4. Objetivos relacionados con las situaciones y enfermedades más comunes que se diagnostican y manejan predominantemente en la práctica general de la medicina en la comunidad; incluidos el control de las urgencias más simples y frecuentes y lo que es más complejo, que es el cuidado de los pacientes con síntomas que al menos por el momento no tienen evidencia de patología orgánica.

5. Objetivos relacionados con los aspectos particulares de recetar medicamentos y otras formas de tratamiento en el campo de la atención primaria, destacando que la prescripción facultativa en la medicina general tiene limitaciones y es diferente a la del campo hospitalario.

6. Objetivos relacionados con la información y con el registro de los datos necesarios, historias clínicas, tarjetas de control, etc., vinculando este hecho con la importancia vital de la educación continua del médico y el equipo de salud.

7. Objetivos relacionados con el paciente como persona, ejerciendo las habilidades necesarias para su cuidado, entre las que debe priorizarse por su importancia, la educación para la salud, pero también la de la familia y la de la comunidad, con un enfoque integral.

También se ha hablado y escrito mucho de la promoción de salud y de la prevención de las enfermedades, pero la realidad indica que es difícil y complejo aplicar en la práctica los principios de la medicina preventiva, no solo en la atención primaria de las enfermedades, sino en todos los niveles. En nuestra experiencia, ello demanda un control persistente y una evaluación periódica de los resultados y no de las actividades.

Quizás la actividad más importante del médico general y su papel más influyente en el SNS sea en la atención de la salud de la población total a su cargo. Si queremos avanzar más en el cuidado de la salud de nuestro pueblo, es necesario exigir un mayor énfasis y priorización en este aspecto. De ahí que los principios de la atención médica integral, la sectorización, la dispensarización, la atención continua, la atención médica por un equipo

de salud y la participación activa de la comunidad sean la base fundamental de la medicina en la comunidad.

Al responsabilizar al médico general no solo con el individuo, sino con las familias y la comunidad, lo estamos obligando a introducir un parámetro nuevo, más completo; lo estamos enseñando a razonar y a actuar con un enfoque integral, individual y colectivo, clínico y epidemiológico-social; lo estamos induciendo a proyectar el problema de salud de un individuo a la familia y a la comunidad.

No se debe ignorar que entre la población se encuentran los que demandan atención por estar enfermos, los que están enfermos y no la demandan o no lo saben, los que tienen riesgos de enfermar y no lo saben o sabiéndolo tratan de ignorarlo, los que son hipocondríacos e hiperconsumistas de consultas y medicamentos, los que viven en completa despreocupación de su salud con un estilo de vida nocivo. Todos ellos, en conjunto, son más importantes que uno solo, y el enfoque clínico-epidemiológico y social es eso simplemente, considerar al individuo y a la comunidad con una unidad de concepto.

Para aquellos que piensan e insisten que la medicina general solo deriva su validez y aporta su gratificación a través del cuidado individual de la persona enferma, debemos señalar que, por el contrario, la mayor validez y gratificación es la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, y que este es el camino para darle prestigio y desarrollo a la medicina en la comunidad y el más seguro para que el médico general recupere el status y el reconocimiento social que le corresponde. Es más, de igual manera podríamos razonarle a cualquier especialista y decirle lo mismo al psiquiatra, al cardiólogo y al cirujano ortopédico, para señalar algunos ejemplos.

## EXPERIENCIAS EN ATENCION PRIMARIA

Los problemas de salud de nuestro pueblo se han ido modificando con el gradual desarrollo socioeconómico, que consecuentemente ha dado lugar a una disminución notable de la morbilidad, debida a cambios en la alimentación y a la nutrición adecuada, en la higiene, en la educación y participación de las masas y en la promoción de salud y prevención de las enfermedades.

El SNS se ha ido desarrollando y consolidando con la incorporación de la tecnología apropiada y el enfoque sistémico en la distribución de los recursos, y se ha llegado actualmente a la priorización de la atención primaria en la política nacional de salud.

A partir de 1974, se ha ido consolidando y avanzando el modelo de medicina en la comunidad, tanto en los servicios como en la docencia y en la investigación.

La introducción en el SNS de nuevas formas organizativas, como el médico de las 120 familias y el especialista de medicina general integral, son necesidades del desarrollo que exigen mejorar y perfeccionar la atención de salud de la población.

Es interesante señalar que este elemento innovador se está desarrollando en la esfera de la atención primaria y de la práctica del médico general para dar sus aportes al fortalecimiento del sistema de salud, lo que indudablemente va a contribuir al mejor funcionamiento y desarrollo de los otros niveles.

El médico general, en su contribución al sistema, no va a usurpar, en cada problema de salud que afronte, el papel de los especialistas, ya sea que se trate de un problema de cardiología, de hematología o de neurología. Lo que va a hacer es a actuar y a decidir lo que le corresponde según su perfil en el momento idóneo de la historia natural de la enfermedad de que se trate.

Con base en nuestra experiencia de 10 años con el modelo de medicina en la comunidad y analizando no el aspecto de las necesidades cuantitativas de recursos sino las necesidades cualitativas en aquellos Policlínicos Docentes que han tenido más recursos—podríamos llegar a las siguientes conclusiones preliminares:

- En los Policlínicos donde ha habido los recursos necesarios los resultados han sido excelentes.
- La docencia ha mejorado la calidad de la asistencia y en el aspecto del posgrado ha sido más completa que en el hospital.
- La investigación ha abierto un nuevo camino, con resultados positivos y con una interrelación favorable con los institutos de investigación del Ministerio de Salud. La investigación y la especialización más avanzada se realiza en institutos de investigación tales como el de cardiología, nefrología, etc.
- Se ha incrementado el grado de satisfacción de la población por los servicios recibidos.

Por otra parte, las principales dificultades y deficiencias que se han encontrado han sido, a nuestro juicio, las siguientes:

- La formación anterior de los médicos es deficitaria en el aspecto de los conocimientos y habilidades para ejercer las funciones de la atención primaria.
- Por lo general, el médico no tiene habilidades para la entrevista y comunicación adecuada con la familia y la comunidad.
- Tampoco tiene, en la mayor parte de las veces, habilidades clínicas para el manejo correcto del paciente que requiere el pensamiento clínico-epidemiológico y social, el interrogatorio y el examen físico completo y el

uso de instrumentos simples, como el estetoscopio, el esfigmomanómetro, la balanza y el registro de las funciones vitales, con el uso racional de los medios de diagnóstico.

- La necesidad de completar el pensamiento clínico del médico con el epidemiológico y social, para la solución de los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad.

Estas habilidades profesionales de los médicos y del equipo de salud requieren la revisión crítica y la reorientación que se está realizando para el perfeccionamiento y las innovaciones del plan de estudios de pregrado y posgrado.

Estamos convencidos de que por el camino seleccionado en la formación de los recursos humanos para la salud y en el análisis racional de los perfiles ocupacionales que necesitamos, el médico general básico y el médico general integral especialista colaborarán activamente en el desarrollo de la atención primaria necesario para las posibilidades médicas.

## ¿CUAL SERA EL FUTURO?

La primera interrogante que nos planteamos respecto al futuro es: ¿encontrarán nuestros médicos, nuestros graduados, suficiente reto intelectual, motivación y vocación para ser médicos generales o especialistas en medicina general integral?

Esta es una pregunta compleja que requiere un análisis profundo. En primer término, no podemos culpar únicamente a las escuelas de medicina por ejercer una influencia desproporcionada en la decisión, por la mayoría de los graduados, de desear ser especialistas o superespecialistas.

En realidad, son múltiples los factores que influyen en esta situación: las razones históricas de nuestros antecedentes en el desarrollo de la medicina en Cuba antes de la Revolución; las necesidades propias de la formación inicial del Sistema de Salud tomando al hospital como centro; el desarrollo obligado de la docencia médica y de la investigación a partir del hospital. También hay que considerar los factores psicológicos, de posición y de prestigio, de mayor salario, de mayores perspectivas de reconocimiento social, de la imagen atractiva de un hospital "todopoderoso" (palacio de la enfermedad), frente al policlínico más débil y evidentemente con menos desarrollo y aparentemente con menos perspectivas y prestigio en el inicio de la Revolución.

Son muchos los esfuerzos, decisiones y priorizaciones que la Dirección del Ministerio de Salud ha ido realizando a partir de 1974 en forma creciente. Hoy día la priorización de la atención primaria es evidente conceptual y estructuralmente. Pero no se pueden cambiar las tradiciones y las corrien-

tes médicas de la noche a la mañana y todavía es intensa la lucha por reorientar y equilibrar las realidades de la vocación con la necesidad social.

Por otra parte, el futuro favorecerá a la atención primaria y al médico general en la medida que se vaya redefiniendo su papel y sus funciones y se vaya reorganizando el sistema con un balance entre el hospital, el policlínico y el instituto, con más énfasis en la salud que en la enfermedad.

Hay un hecho evidente: el médico de las 120 familias y el especialista de medicina general integral, cualquiera que sea la forma de organización y de formación que se le dé, se desenvolverá en el campo de la atención primaria, de la medicina en la comunidad, de la promoción de la salud y de la prevención de las enfermedades; su instrumentación metodológica será el enfoque clínico epidemiológico y social; su estilo de trabajo será el colectivo, en equipo de salud, y su campo de formación será el espacio social de la comunidad y las unidades del SNS, con un enfoque sistémico.

Hay otro hecho evidente en el presente, y es que a pesar de todos los esfuerzos la atención primaria aún no satisface las necesidades de la población, sobre todo en el aspecto de la calidad de la atención. Un indicador de esta deficiencia es la cantidad exagerada de pacientes que acuden a los cuerpos de guardias de los hospitales con problemas de atención primaria que deberían ser resueltos en los Policlínicos. Esta situación lamentable se irá resolviendo en el futuro a medida que se vaya desarrollando el Policlínico como institución y que el médico general vaya encontrando mayor satisfacción y campo de acción en los servicios, en la docencia y en la investigación.

En Cuba existe una ventaja que redundará en mayores beneficios aún en el futuro, y es que existe un sistema integral de salud y no pasará lo que en las universidades de otros países, donde se pierde el esfuerzo de formar médicos orientados a la comunidad, al fallar los sistemas de salud en aportar una comunidad organizada y preparada como un laboratorio ecológico, con la misma eficiencia que necesitarían los médicos un laboratorio organizado en el hospital para ser especialistas.

## PAPEL DEL MEDICO GENERAL

El papel del médico general dentro del campo de la atención primaria debe ser redefinido, a la luz de los planteamientos actuales del médico de las 120 familias y del médico general integral especialista. Esto requiere un análisis profundo y urgente.

Los que subestiman y han subestimado la importancia de la atención primaria han planteado que mucho del trabajo que realiza el médico general esencialmente no es trabajo médico y que pudiera ser realizado por personal paramédico o de otras profesiones. Esto es un asunto polémico, que a nuestro entender depende del sistema social, de la psicología, de los hábitos,

costumbres y tradiciones de los pueblos. El sistema social determina el alcance de los recursos y el pueblo fija las metas y tareas de los trabajadores de la salud. El capitalismo está muy interesado en que prospere esa idea, a fin de reservar al médico para la práctica privada y para la práctica hospitalaria, ya que ambas tienen limitaciones. Además, un gran número de médicos de América Latina y del Tercer Mundo emigra hacia el norte y a los países industrializados, como mano de obra médica para resolver fallas de la cobertura de asistencia, y los más preparados son captados para la investigación. Ello explica simplemente el robo de cerebros.

En Cuba, el enfoque, por supuesto, ha sido diferente. Nuestro pueblo, por haber recibido educación sanitaria exige ser atendido en los centros de salud por un médico y un médico bien preparado, y si es especialista, mejor todavía. Algunos han tenido el criterio de que la calidad para ejercer en la atención primaria en la comunidad no es tan necesaria como en el hospital y por ello no se han enviado a los Policlínicos a los mejores, que siempre han ido al hospital. Esto, que históricamente fue necesario en un principio, ahora hay que reorientarlo, es decir, hay que balancearlo en la distribución de recursos con un enfoque sistémico para que la aspiración en el futuro inmediato sea que todos sean los mejores.

## CONCLUSIONES

En nuestro medio, la decisión de la más alta dirección del Partido y del Gobierno de formar un especialista en medicina general integral y dedicar una parte de la fuerza médica en su primer año de posgrado a la atención primaria de la comunidad y que continúe haciendo la especialidad, está orientada a satisfacer las necesidades de salud de la población y a mejorar la calidad del nivel primario de atención.

En nuestro trabajo tratamos de analizar el futuro de la atención primaria y consecuentemente podemos formular las siguientes conclusiones:

1. El grupo de graduados que se seleccionen para ejercer la atención primaria, ya sea atendiendo las 120 familias en las comunidades urbanas o rurales o en aquellos sitios que lo demande la necesidad social (flota pesquera, flota mercante, centros de trabajo, escuelas, y otras instituciones), realizarían un año de ejercicio como posgraduados, y posteriormente harían su residencia en la especialidad de medicina general integral durante tres años. Durante el año de posgrado recibirían educación continua relacionada con su perfil ocupacional.

2. Los residentes de medicina integral se formarían, en lo posible, en el territorio asignado durante su posgrado en las instituciones correspondientes (policlínico docente, hospital rural, municipal y provincial). Para ello

sería necesario sustituir anualmente su responsabilidad asignada por nuevos posgraduados.

3. El nuevo plan de estudios, que se iniciaría en septiembre de 1985, no formaría el médico general básico con el perfil necesario hasta 1991. Ello requeriría que transitoriamente durante ese período se modifique el internado en el sexto año, introduciendo los elementos necesarios al rotatorio para poder realizar el perfil ocupacional planteado en la comunidad.

4. Entendemos que para el desarrollo de la medicina del trabajo y la medicina escolar sería necesario dedicar una parte de la fuerza médica graduada cada año a hacer su servicio de posgraduado en la fábrica y en la escuela, y considerar ese año de posgrado como el primer año de la residencia en higiene del trabajo y en higiene escolar.

5. El enfoque sistémico en la distribución de los recursos financieros, materiales y humanos obligaría a un análisis de las especialidades necesarias para el SNS.

Tentativamente, proyectamos que para el futuro el balance sería el siguiente: 10% medicina general integral, 50% especialidades generales básicas (pediatría, ginecobstetricia-ginecología, medicina interna, cirugía, higiene, epidemiología), 40% especialidades clínicas y quirúrgicas.

6. El enfoque clínico-epidemiológico y social garantizará la solución de los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad, contribuyendo al desarrollo necesario de la atención primaria para alcanzar la meta de potencia médica que lleva implícito el concepto de potencia en salud. Esto significa la solución gradual de los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad. Por ello, es necesario acercar más al médico y al equipo de salud a su comunidad, desarrollar la medicina en la comunidad, y balancear las especialidades con un enfoque sistémico. No concebimos la potencia médica con un desarrollo extraordinario en los hospitales con la tecnología avanzada y al mismo tiempo no haber resuelto los problemas de salud del pueblo, que se pueden resolver con la aplicación de la tecnología apropiada en la comunidad; esto implica el desarrollo equilibrado del Policlínico como institución básica del SNS.

## RESUMEN

El papel y la función del médico general en la prestación de atención primaria han dado lugar a muchos debates sin que hasta ahora se haya llegado a una definición satisfactoria para todos. El autor del presente trabajo, a la luz de la experiencia de su país, Cuba, analiza la medicina general como disciplina académica y aboga por un mayor acercamiento del médico y el equipo de salud a la comunidad. Ofrece algunas conclusiones sobre el ejercicio de la medicina comunitaria y presenta el plan de estudios

que se proyecta establecer en Cuba de manera que el enfoque clínico-epidemiológico y social sirva para solucionar los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad.

#### REFERENCIAS

- (1) McWhinney, I. General practice as an academic discipline. *Lancet* 1:419, 1966.
  - (2) McKenna, M. y Wacker, W. E. C. Do patients really want "family doctors"? *New Engl J Med* 295:279, 1977.
  - (3) Ordóñez, C. El enfoque clínico-epidemiológico y social: un nuevo reto en Cuba (en prensa, 1984).
  - (4) Ilizastegui Dupuy, F. La formación del médico cubano para el próximo decenio. Ponencia a la reunión de la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL), Nicaragua, 1984.
  - (5) Céspedes Carrillo, A. Situación actual y perspectivas de la atención ambulatoria. Balance anual del MINSAP. La Habana, 1984.
- 

#### THE FUTURE OF PRIMARY CARE (*Summary*)

The role and function of the general physician in the provision of primary care has stirred much discussion, which, however, has yet to produce a definition satisfactory to all. The author considers general medicine as an academic discipline in the light of experience in his country—Cuba—and is of the view that the physician and the health team should come closer to the community. He offers a number of conclusions on the practice of community medicine and presents the study plan proposed to be introduced in Cuba so that the clinical-epidemiological and social approach can be used to solve the health problems of the individual, the family and the community.

#### O FUTURO DO ATENDIMENTO PRIMÁRIO (*Resumo*)

O papel e a função do médico de clínica geral no atendimento primário provocaram muitos debates sem que até agora se tenha chegado a uma definição satisfatória para todos. O autor do presente trabalho, com base na experiência de seu país, Cuba, analisa a medicina geral como disciplina acadêmica e advoga uma maior aproximação do médico e da equipe de saúde em relação à comunidade. Oferece algumas conclusões sobre o exercício da medicina comunitária e apresenta o plano de estudos que se projeta estabelecer em Cuba de maneira que o enfoque clínico-epidemiológico e social sirva para solucionar os problemas de saúde do indivíduo, da família e da comunidade.

L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES (*Résumé*)

Le rôle et la fonction du médecin généraliste dans la prestation des soins de santé primaires a donné lieu à de nombreux débats sans que l'on soit parvenu jusqu'ici à une définition satisfaisante pour tous. L'auteur du présent ouvrage, à la lumière de l'expérience de son pays, Cuba, analyse la médecine générale comme discipline académique et préconise un plus grand rapprochement du médecin et de l'équipe de santé de la communauté. Il offre certaines conclusions sur l'exercice de la médecine communautaire et présente le plan d'études qu'il est prévu d'établir à Cuba de manière que l'optique clinico-épidémiologique et sociale serve à résoudre les problèmes de santé de l'individu, de la famille et de la communauté.

# Función de las universidades en las estrategias de salud para todos

CONTRIBUCION AL DESARROLLO HUMANO Y A LA JUSTICIA SOCIAL<sup>1</sup>

---

---

## INTRODUCCION

Es la nuestra una época de retos y cambios sin precedentes tanto para las universidades como para el sector de la salud, y al mismo tiempo de oportunidades históricas para una interacción creadora entre las dos esferas, tanto en el mundo desarrollado como en los países en desarrollo.

### *Educación superior: nuevas vulnerabilidades, nuevas oportunidades*

En los dos últimos decenios han surgido nuevas formas de sensibilidad ante el panorama mundial de la educación superior. Los disturbios y desafíos que se registraron en los años 60 en varios países dieron lugar, entre otras cosas, a imperiosas demandas igualitarias y, en muchas partes del mundo industrializado, las universidades respondieron a esas demandas con espectaculares aumentos en la matrícula, con sus inevitables amenazas para la calidad de la enseñanza (con gran disgusto de los numerosos grupos de académicos y profesionales). En los países de independencia reciente, la intensificación de las actividades en el sector de la educación superior, como parte del esfuerzo nacional de conjunto en favor del desarrollo, ha llevado además a la fundación de nuevas universidades y a la constitución de una población estudiantil extraordinariamente numerosa, también con el riesgo de devaluar la moneda de la escolaridad.

A la zaga de esos acontecimientos llegó la pandemia de recesión económica que había de afectar a las universidades antiguas y nuevas, desarrolladas y en desarrollo. Algunas de esas instituciones se han visto obligadas a reducir drásticamente sus programas; todas ellas han tenido que examinar de nuevo las relaciones entre su misión y la realidad fiscal. La crisis económica representa una de las coerciones más graves que han pesado sobre la educación superior en la última mitad del presente siglo.

Zarandeadas por las tormentas de la recesión económica, las universidades debían hacer frente además a una nueva serie de desafíos, concreta-

---

<sup>1</sup>Documento de base para las Discusiones Técnicas, 37ª Asamblea Mundial de la Salud, 1984.

mente a la necesidad de elaborar una perspectiva más clara de su propia significación social, necesidad que procede de diversas fuentes, a saber:

- el deseo de adaptarse con más eficacia a la modalidad igualitaria de educación sanitaria adoptada por tantas universidades (o, más correctamente, impuesta a tantas universidades por circunstancias que escapaban a su control);
- de las cuestiones planteadas por las comunidades de muchas de las instituciones de su sociedad afectadas por la recesión, en cuanto a la responsabilidad social y económica;
- de la necesidad sentida por las universidades de interactuar más eficazmente con sus sociedades, por lo menos en parte, con el fin de comprender mejor la rápida y extensa evolución que se está produciendo en esas sociedades; y
- de las presiones, particularmente fuertes en el mundo en desarrollo, que exigen un aprovechamiento óptimo de los recursos en disminución y una adaptación de los objetivos académicos a las prioridades del desarrollo nacional.

Todas esas necesidades indican el sincero deseo de las universidades de redescubrir su finalidad académica y su significación social, así como su decisión de manifestar esa comprensión en forma de una nueva relación con su medio ambiente, de nuevas formas estructurales dentro de las mismas universidades y de nuevas modificaciones en los programas tradicionales de enseñanza, investigaciones y servicios.

Así pues, aunque de manera subconsciente, el sistema universitario andaba a la busca de su pertinencia social. La salud se presta admirablemente a servir de fondeadero apropiado en ese ejercicio de autodescubrimiento. Pero ante todo podemos examinar la razón de ser de las universidades actuales. Esas instituciones presentan diferentes modalidades de evolución y siguen presentando también diferentes cualidades, estructuras y modos de autoridad y desempeñando diversas funciones en las distintas culturas. Sin embargo, a todo lo largo de la tela discurre un mismo hilo común a todas las universidades, a saber, su voluntad común y universal de:

- prestar ayuda mediante la *enseñanza*, con programas para el desarrollo de los recursos de personal profesional;
- llevar más adelante las fronteras del conocimiento mediante las *investigaciones* básicas y aplicadas;
- prestar *servicios* mediante una interacción constante con la comunidad.

El celo con que desempeñan esas funciones varía según las circunstancias históricas, culturales, socioeconómicas y materiales de la sociedad en que operan y según la índole de las instituciones, por ejemplo, tradicionales, tecnológicas, regionales, en forma de instituto o abiertas.

En la carrera desbocada hacia el igualitarismo, frente a la amenaza presente para la calidad de la enseñanza y ante la arrolladora crisis económica de nuestros tiempos, ha sido necesario volver a definir las funciones de esas instituciones de educación superior en el contexto de las características nacionales y las tendencias mundiales. Entre los principales sectores que son causa de grave inquietud, la salud y la educación destacan como asociados naturales en el progreso, y la misión moderna de la universidad cobra pertinencia inmediata.

### *El sector de la salud: una era de transformación*

También el sector de la salud ha venido transformándose en gran medida, reflejando así, en grado considerable, la evolución más general de la sociedad. Los efectos de esa evolución se han hecho sentir en todos los aspectos del sector, a saber: planificación y gestión de los servicios de salud, educación y utilización de los recursos de personal de salud, y toda la gama de investigaciones relacionadas con la salud.

Los *servicios de salud* han sido orientados cada vez más, en cierto número de países, hacia una mayor cobertura de las poblaciones, con miras, sobre todo, a alcanzar las periferias social y geográfica. El fomento de la salud, la prevención de las enfermedades y la correspondiente educación del público han pasado de ser aspectos simplemente "deseables" de la atención de la salud a convertirse en los temas prácticos y con frecuencia centrales de los programas de salud, con las consiguientes mejoras en las tasas de mortalidad y morbilidad. En algunas sociedades industriales cabe ver un ejemplo de lo dicho en la espectacular reducción conseguida en los últimos dos decenios en la mortalidad causada por las enfermedades y los accidentes cardiovasculares. La necesidad de frenar la escalada de los costos de los servicios de salud y de equilibrar esos costos con su eficacia ha surgido como uno de los problemas permanentes de nuestro mundo. La atención primaria de salud (APS) se considera como una de las claves que han de permitir alcanzar muchas de esas mejoras, y el criterio de la APS es cada vez más aceptado en todo el mundo. La organización y estructura de los servicios de salud se han modificado en consecuencia, con varios escalones de servicios que van desde el plano de la comunidad hasta los grandes servicios de apoyo y envío de enfermos, pasando por los escalones intermedios, cuyas formas precisas varían en los distintos lugares.

También en los *recursos de personal de salud* se han registrado modificaciones en cuanto a su concepto, su formación y su utilización. La insistencia en una mayor cobertura, el fomento de la salud, la prevención de las enfermedades y la participación de la comunidad conducen cada vez más a la intervención activa de los miembros de la comunidad en el proceso de

la asistencia sanitaria. En consonancia con los servicios de salud de algunos países, los agentes de salud del escalón de la comunidad son adiestrados y supervisados por una categoría intermedia de personal de salud, que sirve a su vez de eslabón de unión con los servicios de consulta y de apoyo para el envío de enfermos que forman parte del sistema de salud. Las estructuras y la dotación de personal de esos distintos escalones presentan grandes variaciones según los países, pero la tendencia general es muy parecida en todo el mundo, y consiste en ampliar el contenido y la cobertura de los servicios de salud, en gran parte mediante la mayor delegación de responsabilidades, bajo supervisión en manos del personal de salud que opera en más estrecho contacto con la comunidad o en su mismo seno. En esas circunstancias, las funciones de los profesionales de la salud cambian considerablemente, en particular para incluir la capacidad de dirección y de administración. Esas nuevas dimensiones de los servicios de salud y de la formación de personal guardan relación inmediata con la contribución que aporta la universidad al adiestramiento.

También en el sector de las *investigaciones* se han modificado las tendencias. Se están registrando espectaculares adelantos en las investigaciones biomédicas fundamentales, clínicas o sobre el comportamiento: se espera que los nuevos descubrimientos en genética, inmunología y funciones celulares, las nuevas técnicas establecidas para investigar los procesos clínicos y las nuevas observaciones aplicadas a los medios clínicos y de salud pública aporten mayores beneficios a la humanidad. Dos sectores de investigación, los que están centrados en los sistemas de salud y en los recursos de personal, están cobrando mayor relieve cada día como sectores de importancia capital para el establecimiento y la distribución de servicios eficaces. Las investigaciones sobre sistemas de salud deben abordar los problemas de las necesidades en ese sector y de la cobertura de las poblaciones, así como los de la utilización, los costos, la gestión, las medidas de eficacia y las relaciones con los aspectos más generales del desarrollo. Las investigaciones sobre recursos de personal de salud deberían centrarse en el volumen de recursos de personal necesarios, las actitudes que deberían caracterizar a ese personal y la formación necesaria para aumentar y mantener un determinado nivel de competencia. Esos sectores de investigación requieren, manifiestamente, el recurso a una serie de disciplinas y de campos de aplicación más amplia de lo que solía serlo en el pasado.

También otros sectores han avanzado, juntamente con el de la salud, a lo largo de un amplio frente, con el fin de adaptarse a la escena mundial en evolución: las ciencias sociales, económicas, ambientales y aplicadas han acabado por mostrar una notable identidad de intereses, objetivos y estrategias para la acción en sectores de interés para la sociedad y para el desarrollo nacional.

*La Organización Mundial de la Salud y su meta de la salud para todos*

Sobre este fondo de cambios en el sector de la salud, y justamente como uno de los principales actores de esos cambios, aparece la Organización Mundial de la Salud, con su meta de la salud para todos en el año 2000.

A lo largo de todo el decenio de los años setenta, vientos de cambio soplaron en la Organización; los Estados Miembros, cada vez más interesados en los asuntos de la OMS, elaboraron en conjunto una larga serie de políticas y doctrinas en materia de salud que han modificado radicalmente el concepto de la salud pública. Esas políticas y doctrinas vienen expresadas en la meta de la salud para todos en el año 2000, que la Asamblea Mundial de la Salud, órgano deliberante supremo de la OMS, definió como el objetivo de alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. Para alcanzar esa meta se ha preparado una Estrategia mundial (1), basada en las estrategias nacionales y regionales, y la Asamblea de la Salud ha apoyado recientemente un plan de acción (2) para aplicar esa Estrategia.

Un principio fundamental que informa la Estrategia mundial de salud para todos es que toda acción en favor de la salud debe ser pertinente desde el punto de vista social. En este mundo de graves desigualdades en la situación sanitaria de la población de los países desarrollados y en desarrollo, lo mismo que en el interior de los países, la equidad social es un concepto que reviste una gran fuerza política y social y constituye una importante motivación en la aceptación general de la meta de la salud para todos.

Otra verdad fundamental que ha sido reconocida durante el pasado decenio es que la salud contribuye al desarrollo social y económico, de la misma manera que el desarrollo favorece a su vez la salud. Uno y otro deben ir de la mano. Este principio ha conducido también a la OMS a ciertas esferas que están muy lejos del tipo tradicional de relaciones individuales entre los pacientes, por una parte, y los médicos y las enfermeras por otra. Todas esas nuevas perspectivas tienen grandes repercusiones para la educación no solamente del personal de salud sino del público en general.

Cuando la Asamblea de la Salud fijó su ambiciosa meta, lo hizo en la convicción de que si cada país podía adaptar la tecnología sanitaria actual a sus particulares circunstancias y aplicarla por medio de una estructura sanitaria bien organizada, podrían conseguirse enormes efectos en la situación sanitaria y socioeconómica de la población mundial. Al mismo tiempo, la Asamblea de la Salud se daba perfecta cuenta de la lamentable ausencia de medidas tecnológicas y comportamentales que permitieran reducir algunos de los principales problemas sanitarios del mundo, y de que los países más necesitados no poseían la capacidad de efectuar las investigaciones necesarias para adquirir los conocimientos que hacían falta. Por esta razón

la OMS decidió establecer programas en gran escala en los que participaran investigadores tanto de los países desarrollados como en desarrollo con el fin de abordar esos problemas, y fortalecer asimismo la capacidad del mundo en desarrollo para las investigaciones de modo que pudiera gradualmente hacer frente por sí mismo a los nuevos problemas sanitarios. La OMS se ha convertido así en un centro intelectual y un moderador internacional de los recursos para la investigación en ciertos sectores como los de reproducción humana, enfermedades tropicales, inmunología, salud mental, higiene del medio, enfermedades cardiovasculares y cáncer, siempre prestando particular atención al fomento de la salud y a la prevención de las enfermedades.

La aspiración a esos tres principios básicos—la equidad en la salud, la interacción entre salud y desarrollo, y la aplicación de tecnología apropiada a las circunstancias locales—ha conducido a la OMS a un terreno situado mucho más allá de los límites tradicionales de la tecnología sanitaria. El mandato de la Organización no es solamente establecer colectivamente políticas internacionales sino también colaborar con los demás—gobiernos, organizaciones bilaterales, multilaterales y no gubernamentales, universidades y personas de todas las profesiones y condiciones—en la tarea de llevar a efecto esas políticas.

La OMS, con su mandato universal en lo que atañe a la salud, se encuentra en una situación incomparable, en el centro de una red mundial de organismos e instituciones participantes, para poder trabajar en favor de esos principios. Juntamente con sus Estados Miembros, ha establecido un programa de acción para la justicia social en materia de salud basado en los cimientos pragmáticos de la atención primaria de salud, la tecnología biomédica y de salud pública y un buen conocimiento de los factores socioculturales. Las universidades pueden establecer relaciones básicas con este marco para la cooperación internacional con la posibilidad de contribuir al mismo mediante la enseñanza, las investigaciones y los servicios y de beneficiarse a la vez de esa estructura al tener acceso a una amplia serie de cuestiones que afectan a la sociedad contemporánea.

#### *La salud para todos y las universidades: una asociación oportuna*

Los gobiernos que adoptaron la meta de la salud para todos en la Asamblea Mundial de la Salud se comprometieron así a fomentar el progreso de todos los ciudadanos en un amplio frente de desarrollo y manifestaron su decisión de estimular al ciudadano individual a alcanzar una mejor calidad de vida. Ello supone un cambio, en cuanto que el sector de la salud necesita el concurso de las instituciones sociales para avanzar hacia los objetivos de la equidad, la pertinencia y la eficacia de los servicios de salud.

Un elemento fundamental en el logro de la meta es la promoción de la

autorresponsabilidad del individuo y de la comunidad con respecto a su propia salud. Es sumamente importante movilizar a las comunidades para fomentar ese espíritu, ayudarlas a comprender la índole esencial de la salud y la forma de mantenerla con sus propios esfuerzos, y alentarlas a articular de manera eficaz sus necesidades. Ello requiere una política nacional de desarrollo social y sanitario en apoyo del desarrollo de la comunidad.

Actualmente la OMS participa intensamente en las actividades de educación profesional relacionadas con una forma de prestación de atención de salud que va mucho más allá del sector de la salud propiamente dicho. Con la misma intensidad participa en grandes programas de investigación que se basan no solamente en las ciencias biológicas y físicas fundamentales sino también en las ciencias epidemiológicas y clínicas, políticas y económicas, sociales y del comportamiento, administrativas, etc. Todas ellas entran en la competencia de las universidades que ya están tratando de modificar sus relaciones con el medio social que las rodea.

Así pues, la participación activa de la comunidad académica es indispensable para avanzar hacia el logro de la salud para todos. En primer lugar, hace falta la contribución de la universidad a los diversos sectores fundamentales del establecimiento de sistemas de salud: la preparación de programas de enseñanza en apoyo de las modificaciones necesarias para la aplicación del criterio de la APS en los distintos escalones de la prestación de atención de salud; una mejor comprensión de las necesidades de la comunidad y de su dinámica social; y la aplicación, en el plano de la atención primaria, de los rápidos adelantos realizados en la tecnología biomédica, de salud pública y de gestión. En segundo lugar, las universidades pueden abrir nuevas perspectivas a la posibilidad general de progresar hacia esas metas, a la importancia y a la rapidez del cambio que cabe esperar, y a las modificaciones de la estrategia que quizá sea necesario efectuar. En tercer lugar, las universidades pueden tener una función capital que desempeñar en la educación del público y de sus dirigentes en los asuntos que influyen en su salud.

## LAS UNIVERSIDADES EN BUSCA DE SU PERTINENCIA SOCIAL

La universidad moderna se ha convertido en una especie de sistema ampliado cuyas funciones, definidas de nuevo, apenas parecen haber variado en relación con las tradicionales consistentes en el desarrollo de las posibilidades y la personalidad de los seres humanos, la creación y la protección de un intelecto independiente, y la adquisición y difusión sistemática de nuevos conocimientos. Sin embargo, el creciente igualitarismo ha llevado a una mayor conciencia social, de la misma manera que la creciente turbulencia social ha exigido nuevas formas de ajuste y de gestión. Las nuevas

direcciones del cambio crean nuevas zonas de preocupación: el lugar de la universidad en la sociedad, el concepto de servicio, las estructuras universitarias en relación con las necesidades de la comunidad, y las libertades tradicionales de la universidad.

### *El lugar de la universidad en la sociedad*

“La función de la universidad en la sociedad entraña un conflicto irreductible: el sistema social espera de la universidad que mantenga su independencia respecto de ella y, sin embargo, le exige que responda ante ella. La sociedad acusa a la universidad de ser una torre de marfil, pero eso es exactamente lo que espera que sea” (3).

El dilema descrito se hace evidente con frecuencia cuando la universidad aborda la cuestión de su propia significación social. La sociedad crea la universidad para que ésta se ocupe de los problemas relativos a los conocimientos, es decir, a su ampliación y su transmisión. Para desempeñar esa función, la universidad debe aislarse de toda presión e influencia inapropiada para poder ocuparse de manera libre y objetiva de los problemas del conocimiento. Al mismo tiempo, la universidad no puede aislarse de la sociedad de la que forma parte y en la que una gran proporción de los conocimientos tiene sus raíces y encuentra su significado. Persiste el riesgo de que cuanto más se interese la universidad por los problemas de la sociedad, más se sujete a las tensiones y los conflictos de esa sociedad.

Cuando se consideran las nuevas funciones de la universidad y se formulan sus nuevas relaciones con las instituciones de la sociedad, este dilema reaparece continuamente y se hace indispensable mantener el equilibrio entre sus elementos.

### *El concepto de servicio*

“En el proceso de aprendizaje debería intervenir, de alguna manera, una actividad subordinada de aplicación. De hecho, las aplicaciones forman parte de los conocimientos, ya que el mismo significado de las cosas viene envuelto en las relaciones que se desenvuelven más allá de ellas. Así pues, los conocimientos no aplicados son conocimientos privados de su significado” (4).

El concepto de la función de servicio de la universidad, cualquiera que sea la forma que adopte, es fundamental cuando se considera la conveniencia de ampliar las relaciones entre la universidad y la sociedad.

Las diversas instituciones de educación superior que existen en el mundo tienen conceptos muy diferentes de la función de servicio y de la forma en

que esta función debe desempeñarse en relación con la enseñanza y la investigación. En muchos países se presta relativamente poca importancia a la función de servicio, hasta el punto de considerarla como un elemento de dispersión de la atención y aun como una amenaza para las responsabilidades más fundamentales de la universidad en materia de educación e investigación. En otros países, se considera el servicio como parte integrante del concepto de la universidad y como un complemento necesario de la educación y la investigación. Históricamente, por ejemplo, la idea del servicio de la universidad a la comunidad se impuso en los Estados Unidos de América con el establecimiento de las universidades creadas gracias a una cesión de terrenos públicos para la futura institución, en los años 1880, añadiéndose así una tercera función fundamental a la educación superior de la época.

La universidad moderna puede proponerse prestar servicios por lo menos de cinco maneras, a saber:

1) *Comunicación e intercambio*

La universidad pone su equipo, su infraestructura y sus recursos humanos a disposición de la comunidad. No hay una interacción deliberada, ni se trata en absoluto de atribuir una nueva función a la institución.

2) *Servicio de consulta*

La universidad responde a las peticiones concretas que le formula la comunidad en materia de educación, investigaciones, actividades culturales, etc. Ese servicio no modifica la universidad, que sigue desempeñando sin interrupción sus funciones tradicionales. Lo único que se exige de la universidad es que sea competente, esté disponible, sea eficaz y resulte menos costosa que las demás organizaciones competentes.

3) *Investigaciones sobre las necesidades de la sociedad*

La participación en el análisis de las necesidades de la comunidad difiere marcadamente de los grados precedentes de intervención porque requiere una concepción diferente de la función de la universidad. Presupone una aceptación por parte de la comunidad de la capacidad de la universidad para efectuar investigaciones y para proponer soluciones con entera independencia de toda opción previa de la comunidad. Esa acción obra también efectos en la universidad: la participación en el análisis de los problemas y en la definición de la demanda presupone que la universidad esté preparada para reajustar sus propias estructuras, sus planes de investigación, sus métodos de enseñanza, etc.

4) *Presentación de posibles soluciones*

La universidad participa, a petición de la comunidad, no solamente en el análisis de los problemas sino también en la propuesta de posibles soluciones. Para que la universidad preste el servicio de la calidad que de ella

se espera, son requisitos indispensables la autonomía y la integridad intelectual.

5) *Participación en la ejecución de la solución adoptada*

Además de definir las necesidades y de recomendar las correspondientes soluciones, la universidad puede participar en la ejecución o aplicación de una solución determinada, mientras esta participación sea compatible con sus otras funciones. Los ejemplos más comunes en la esfera de la salud son los hospitales clínicos y la prestación de atención primaria en el seno de un servicio universitario.

*Las estructuras universitarias en relación con las necesidades de la comunidad*

“La tarea de convertir la universidad, de una servidora pasiva de los diversos elementos de la sociedad... en una participante institucional activa en la planificación para la sociedad supone profundas modificaciones en cuanto a finalidad y concepción y en cuanto a comportamiento institucional e individual” (5).

Las universidades están más orientadas hacia las disciplinas que hacia las misiones, y es probable que la tendencia a la expansión, fragmentación y especialización de los conocimientos refuerce todavía más esa orientación. Para que puedan establecer una relación eficaz con su medio ambiente social, es necesario que las universidades encuentren mecanismos que les permitan poner en juego sus diversos medios y recursos. Las universidades no deben limitarse a aceptar la idea de que “las comunidades tienen problemas, y las universidades tienen departamentos”.

Cuando debe apelarse a varias disciplinas para abordar una cuestión problemática, se desencadena una serie de preguntas. Por ejemplo, ¿qué estructuras o procedimientos administrativos deben aplicarse para conseguir la colaboración entre las diversas disciplinas? ¿Qué grado y profundidad de interacción serán necesarios entre las distintas disciplinas (lo que plantea la cuestión de las relaciones funcionales que suponen los términos de “multidisciplinaridad”, “interdisciplinaridad” y “transdisciplinaridad”)?

Las estructuras universitarias organizadas en forma de departamentos monodisciplinarios tienden a ser rígidas porque las disciplinas no son simplemente realidades científicas sino instituciones sociales que definen una participación en los conocimientos o en el poder. Así pues, la interdisciplinaridad no es solamente un criterio más flexible que se aplica a las investigaciones y a la educación, sino también un elemento fundamental para modificar la misión y la condición de las universidades en el seno de la sociedad. Sin embargo, es también importante tener presente que las modificaciones que se efectúen en las estructuras internas de la universidad no bastan para conseguir alteraciones fundamentales en las relaciones de las universidades con la sociedad; esas modificaciones deben extenderse igualmente a los nuevos tipos de interacción en la comunidad.

### *Las libertades académicas*

“La universidad, lo mismo que la justicia, es una institución frágil, que debe en gran parte su existencia al deseo de la comunidad de tener a su disposición un sistema objetivo y “absoluto” de referencia, independiente de tendencias e influencias transitorias” (3).

Cuando la universidad profundiza en su compromiso con las comunidades que la rodean, surgen con frecuencia cuestiones acerca de los riesgos que ese compromiso entraña para la libertad y la autonomía académicas. Esa cuestión de las libertades fundamentales de la universidad cobra particular relieve cuando ésta trata de definir, en colaboración con otros interesados, los problemas de los que deberá ocuparse, y de elaborar soluciones en las que pueda participar.

Pero hay una confusión terminológica que puede dar lugar a argumentos especiosos. A veces se confunde la libertad académica con la autonomía institucional: la libertad académica tiene que ver con los individuos, con sus opiniones, sus trabajos y sus investigaciones y es de hecho una extensión de la libertad individual en una sociedad democrática; la autonomía universitaria es un atributo de una institución, basado en el concepto de que, aunque la universidad dependa total o parcialmente de los fondos públicos y preste servicios también públicos, es ella la que decide el grado en que participe en esas actividades y los métodos que aplique en su participación.

Es fácil confundir la independencia con la autonomía. La independencia es relativa y supone la libertad respecto de las distintas presiones del medio político y social. La autonomía no es lo mismo que la independencia; de hecho, puede considerarse que las interacciones con la comunidad refuerzan la autonomía, y que gracias a ellas la universidad puede pasar de una situación de libertad sin poder a una participación directa en la modificación social.

Examinados en términos generales los problemas y las oportunidades que se ofrecen a las universidades cuando tratan de estrechar su relación con la sociedad, pasaremos a ocuparnos de la esfera de la salud propiamente dicha, en la que las universidades pueden desempeñar funciones eminentemente prácticas, sobre todo con respecto a la meta social de la salud para todos.

## FUNCIÓN DE LAS UNIVERSIDADES EN LA SALUD Y EL DESARROLLO

Se ha dicho que la salud es la base de la que dependen toda la felicidad de los pueblos y su poder como Estado. La meta de la salud para todos fijada por la OMS ha aportado una dimensión más profunda al concepto de

salud. Esta nueva dimensión incluye a los individuos lo mismo que a los pueblos, el mantenimiento y la promoción del bienestar, la prevención de las enfermedades, el tratamiento de éstas y la rehabilitación de los impedidos. Supone además la participación activa de toda la comunidad como expresión de su autorresponsabilidad.

El desarrollo, por su parte, se refiere a los progresos en todos los sectores de la vida. Su ritmo, su índole y su amplitud dependen de una larga serie de factores: sociales, económicos, educativos, ambientales y culturales.

En ese contexto, es fácil advertir la importancia inmediata de la salud para esos parámetros del desarrollo humano. La salud contribuye al desarrollo en todos sus aspectos y se beneficia a su vez de éste; salud y desarrollo se apoyan mutuamente en la persecución de los ideales, de la equidad social y de la justicia. Los distintos niveles de desarrollo socioeconómico del Tercer Mundo están asociados a diferentes situaciones en materia de morbilidad (infecciones, malnutrición, etc.), de la misma manera que en el mundo más desarrollado sigue observándose una evolución de los riesgos para la salud que es característica de las sociedades industriales y postindustriales (uso indebido de drogas, alcoholismo, etc.).

El grado de acceso a la atención primaria de salud, el porcentaje de niños que nacen con insuficiencia ponderal, la tasa de mortalidad de lactantes, la amplitud de la cobertura con inmunización, la expectativa de vida, la proporción de médicos por habitantes, etc., son otros tantos factores que influyen en el desarrollo, lo mismo que el producto nacional bruto, los ingresos por habitante, la productividad agrícola, la cobertura con sistemas de abastecimiento de agua potable, el grado de contaminación atmosférica y del agua, el alfabetismo de adultos, las tendencias migratorias de las zonas rurales a las zonas urbanas, el absentismo laboral, etc.

Las universidades ocupan un lugar muy apropiado para tratar de estudiar y comprender los factores que favorecen o socavan la salud en relación con el desarrollo humano y para observar la forma en que puede utilizarse ese desarrollo para mejorar la calidad de la vida. Las universidades pueden aplicar su talento intelectual a los diversos aspectos del desarrollo, más allá del objetivo inmediato de la salud propiamente dicha. De esta manera pueden aportar su contribución al conjunto del esfuerzo nacional de desarrollo sin poner en entredicho su autonomía. Para que las universidades puedan desempeñar de manera eficaz esa función, es indispensable que establezcan un nuevo equilibrio entre la enseñanza, las investigaciones y el servicio y que definan nuevas estrategias para ayudar a la sociedad a abordar los problemas más urgentes del desarrollo humano. Pueden promover estudios sobre enseñanza, ciencias sociales, agricultura, tecnología, arquitectura, ingeniería, urbanismo y medio ambiente, de particular importancia para el desarrollo. Las universidades pueden organizar sus programas de enseñanza, investigaciones y servicio de manera que guarden una relación

eficaz con las cuestiones de salud y con los factores que la favorecen o la amenazan. En colaboración con otras instituciones, con el gobierno y con la sociedad, pueden ayudar a establecer un programa nacional para las cuestiones de salud que se plantean en relación con el desarrollo.

Cualquiera que sea el punto focal de una universidad, es importante que el alcance de su contribución se amplíe para englobar todos los componentes de la universidad que pueden guardar relación con la salud y el desarrollo.

Pero esas modificaciones en la amplitud de la participación de la universidad no se producirán rápidamente ni espontáneamente. Si las escuelas de medicina se han mostrado con frecuencia reacias a responder a la evolución de las necesidades en materia de atención de salud, lo cierto es que la comunidad académica en general, con algunas excepciones notables, se ha mostrado todavía menos flexible. En algunas culturas, esta actitud puede atribuirse, más que a la resistencia tradicional, a una incapacidad general del personal universitario para darse cuenta de la importancia y la pertinencia de sus distintas disciplinas para los problemas actuales de la sociedad. Es posible que no se advierta en qué medida muchos programas se prestarían a la ejecución de estudios interdisciplinarios en que la salud fuese el punto focal, mientras que los demás aspectos seguirían siendo indispensables para la definición de los problemas y la búsqueda de soluciones. Como ejemplo cabe citar los problemas de higiene del medio, la economía del desarrollo, los estudios geriátricos, el desarrollo sanitario y rural, la aplicación de métodos de gestión a los sistemas de atención primaria de salud y las cuestiones relativas a la mujer y el desarrollo.

Una situación que se observa en gran número de universidades es el predominio de la facultad de medicina. Sus recursos académicos, el volumen de su presupuesto y la separación institucional que existe entre esta facultad y las demás, con frecuencia intimidan al resto de la universidad. Una medida fundamental en la reestructuración de la universidad con miras a favorecer la aparición de iniciativas más eficaces en materia de salud sería conseguir un mejor equilibrio, con respecto a la medicina, de los demás componentes de la universidad, por ejemplo, los estudios culturales y filosóficos, y las ciencias ambientales, sociales, del comportamiento, económicas, administrativas, físicas y de la tierra. Lo difícil es sacar partido de las indudables ventajas de la escuela de medicina sin caer en la trampa del conservadurismo y del complejo de gremio cerrado, de orientación puramente clínica, que a veces caracterizan a las facultades de medicina. Enfocar las principales cuestiones de la salud y el desarrollo con un criterio orientado a los problemas y no a las disciplinas podría preparar el terreno para una colaboración general de toda la universidad en materia de enseñanza, investigaciones y servicio.

La evaluación crítica de los planes de estudios de los diversos programas de ciencias de la salud constituye una tarea fundamental, de dimensiones

aterradoras. Los intentos de reestructurar los planes de estudios conforme a las metas nacionales y a las prioridades en materia de desarrollo chocan con frecuencia con la oposición desconfiada del personal docente, que defiende la tradición en nombre de la "libertad académica". Esa desconfianza puede eliminarse haciendo que las universidades participen en la formulación de los principios fundamentales del desarrollo nacional. Los intentos de reorientar el desarrollo de los planes de estudios, de aplicar procedimientos interdisciplinarios y de ordenar los objetivos académicos para relacionarlos más estrechamente con el medio social requieren una especial capacidad de adaptación y de comprensión. Pueden favorecer esos esfuerzos unas relaciones orgánicas en todo el ámbito universitario que sean funcionalmente eficaces, con una participación destacada del personal dirigente de las instituciones.

### LAS UNIVERSIDADES Y LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD

Empecemos por examinar la función de las universidades en el contexto del sistema social. En este punto, se espera de la comunidad que tome una parte activa. Si tomamos como ejemplo básico de un servicio social la atención de salud, se advierte fácilmente que la universidad se encuentra situada estratégicamente en relación con los recursos, la prestación y la promoción. Aunque las funciones tradicionales de la universidad consisten en producir recursos humanos y en general información mediante las investigaciones, el concepto de la salud para todos, al afectar a las cuestiones sociales del desarrollo humano y de la equidad, constituye un reto más profundo. Las universidades ya no pueden seguir limitándose a definir planes de estudios académicos, a dar formación al personal, a ejecutar investigaciones y a contribuir a los servicios de salud prestando diversos grados de atención sanitaria. Tampoco pueden seguir considerando adecuado relegar esas funciones a las disciplinas relacionadas con la salud. Las universidades tratan de encontrar para sí otras funciones más fundamentales, como la de ayudar a definir las políticas sanitarias y a evaluar la eficacia de los sistemas nacionales de salud mediante la aplicación de un criterio interdisciplinario. Así, y mediante su influencia moral e intelectual, es como las universidades pueden desempeñar una función eficaz en la planificación general de una estrategia para mejorar la cobertura de atención sanitaria y para definir las responsabilidades del estado y de la provincia, de las zonas rurales y de las urbanas con respecto a los demás sectores de la economía.

Es fundamental que las universidades y el ministerio de salud encuentren la manera de interactuar con eficacia. Si las autoridades sanitarias no tienen

acceso en el escalón político a los educadores que preparan al personal de salud y a los investigadores que podrían ayudarles a resolver problemas en el sector de los servicios de salud, carecen de la información indispensable para tomar decisiones eficaces. Si los dirigentes de las universidades no tienen un acceso eficaz al sistema de salud donde sus graduados deberán trabajar, carecerán de orientaciones suficientes—en cantidad y en calidad—para poder planificar de manera racional sus programas de formación de los recursos de personal. La interacción entre la universidad y el ministerio debe considerarse como un ejemplo de interdependencia constructiva, cuya ausencia da lugar a un derroche de esfuerzos, una duplicación innecesaria y una ineficacia general.

Quizá baste decir que las universidades y el ministerio deberían coordinar sus actividades porque ello redundaría en beneficio mutuo; pero ésta es otra cuestión. El concepto ampliado de la salud, inherente a la salud para todos, requiere que tanto la universidad como el ministerio amplíen también el concepto de sus respectivas funciones y participen de maneja más profunda en la solución de las cuestiones de salud y desarrollo en el plano de la comunidad, cada uno desde su propia base de responsabilidades, pero necesiándose unos a otros para complementar la comprensión más completa que tratan de conseguir.

Las relaciones orgánicas necesarias para ello deberían, pues, establecerse por lo menos en dos niveles de la universidad y del ministerio. En primer lugar, en el escalón de la política general, las universidades y el ministerio deberían, cada uno por su parte, exponer sus objetivos y sus orientaciones. Ello permitiría identificar y resolver las coincidencias y las discrepancias básicas en los planes y programas respectivos. En segundo lugar, en el plano de la práctica sobre el terreno, las universidades deben tener acceso a los servicios de salud de primera línea para poder organizar su programa educativo y de investigaciones, y el ministerio, por su parte, debe poder evaluar la eficacia y la capacidad de los recursos de personal preparados por las universidades.

En cada caso deberán determinarse las características específicas de los acuerdos orgánicos. Lo importante es que cada parte considere a la otra como un asociado legítimo en su empresa. Es indudable que ni las universidades ni el ministerio pueden abordar la salud para todos con la perspectiva más amplia que ésta requiere si se limitan a establecer entre sí una especie de tregua insegura, o peor aún, si deciden operar cada uno por su parte como si los demás no existieran. Conforme a esa perspectiva más amplia, el ministerio debería ampliar su esfera de intereses para incluir en ella todas las actividades relacionadas con la salud (y no simplemente los servicios médicos), y las universidades, por su parte, deberían reconocer la contribución que pueden aportar a la salud muchas otras facultades además de la de medicina.

Toda esta cuestión suscita nuevas reflexiones si se la toma como una serie de consideraciones de índole pragmática. Si se juzga conveniente que las universidades participen cada vez más en el sistema de salud, esa participación podría establecerse sobre una base oficial y permanente o sobre una base flexible. Si las universidades deben participar, cabría invitarlas a servir como órgano de consulta para la apreciación de los diferentes aspectos del sistema de salud, de la misma manera que cabría pedir al ministerio que participara en las deliberaciones de la facultad sobre los diversos aspectos de la enseñanza de la medicina. Una de las consecuencias de esta interacción sería que las instituciones de salud y las universidades compartirían la responsabilidad y los recursos de la atención de salud, y que los funcionarios de los ministerios y los profesores de la universidad decidirían de común acuerdo el número, la estructura profesional y las funciones del personal de salud.

Sería útil saber cómo reaccionarían los ministerios y las universidades ante este conjunto de propuestas, porque en esos vínculos funcionales estriba la oportunidad de resolver la inquietud que parece observarse en las relaciones entre esas dos instituciones y de establecer un arreglo duradero y mutuamente beneficioso para el gobierno y las universidades y, por vía de consecuencia, para la sociedad.

#### ORGANIZACION DE LAS UNIVERSIDADES EN RELACION CON LA SALUD Y EL DESARROLLO

Llegamos ahora a las iniciativas que las universidades podrían tomar en su estructura, dirección, planificación y compromiso académicos, orientación de las investigaciones y actitudes ante la sociedad, con miras a ajustar sus actividades al desarrollo nacional. La meta de la salud para todos, al suscitar nuevas reflexiones y un nuevo orden de compromiso, hace de la salud un tema atractivo para el sistema universitario. A los dirigentes de las instituciones universitarias (rectores, presidentes, o cualquiera que sea su designación) incumbe la iniciativa de llevar ese concepto más allá de la salud y de relacionar entre sí las distintas disciplinas. La índole de esa iniciativa variará, por supuesto, según las distintas culturas, y aun de un país a otro, pero es indudable la influencia que esos dirigentes académicos podrían ejercer en la interpretación del mensaje para sus instituciones y en la tarea de conseguir que facultades y departamentos interactúen y colaboren en sus esfuerzos para contribuir a la salud en su perspectiva más amplia.

Ejercer esa influencia requiere esfuerzos sistemáticos; en efecto, los actos

arbitrarios o las medidas especiales no bastarían. Este esfuerzo suplementario supone la existencia de una estructura que sirva de pauta para ayudar a los miembros de la facultad a aportar la máxima contribución posible a la salud para todos. Hay muchas maneras de establecer una estructura de esa clase, pero ante todo debemos determinar dónde se encontrará el centro de la función de coordinación. En algunas instituciones ese centro está simplemente en las manos de una junta de decanos, mientras que en otras corresponde a un grupo especial e interdisciplinario de acción interfacultades. Cualquiera que sea el órgano que se identifique, es indispensable que el alcance de la contribución universitaria se amplíe de modo que abarque todas las disciplinas académicas. Las nuevas perspectivas que ha abierto en el sector de la salud la aceptación de la atención primaria requieren esta concepción amplia de la función de la universidad. En varios países, tanto del mundo desarrollado como en desarrollo, algunas instituciones universitarias ya están dando una expresión práctica a la salud para todos mediante programas interdisciplinarios basados en la comunidad, o están colaborando con los gobiernos en la planificación sanitaria o en las investigaciones sobre sistemas de salud. Una manera de suscitar y movilizar el interés del mundo académico podría consistir en establecer una lista de programas y estudios de importancia para el desarrollo nacional y para la salud para todos, que puedan ser ejecutados por grupos interdisciplinarios. Entre los temas de esos estudios podrían figurar los siguientes: cuestiones sociales y filosóficas; derecho y ética; economía; ingeniería; arquitectura; gestión; ayuda y desarrollo; energía rural; agricultura, incluida la tecnología aplicable para el almacenamiento de las cosechas y su tratamiento ulterior; el medio ambiente humano; la industrialización; el desempleo; la rehabilitación; la vejez; la mujer en la sociedad; y las comunicaciones.

De la misma manera que las universidades tratan de establecer una interacción más estrecha con su comunidad local, se está cobrando mayor conciencia del hecho de que la atención de salud requiere la plena colaboración con la sociedad y su participación. Si las universidades asumen más plenamente su función como recursos de la comunidad en la esfera de la salud, ofrecerán una oportunidad más amplia para la integración académica y cívica. En ese contexto, además de los sistemas oficiales de educación superior deberían también tenerse en cuenta las posibilidades que ofrecen ciertos sistemas extraoficiales y las nuevas dimensiones de educación superior que representan los programas de ampliación, los departamentos de estudios extramurales, y la universidad abierta.

Con respecto a los países en desarrollo en particular, los notables ejemplos de innovación educativa que tienen lugar fuera de las estructuras establecidas y de los planes de estudios trasplantados corrobora la necesidad de una reforma institucional. Esa reforma será obra de una dirección ilustrada y constituirá el resultado de un espíritu de colaboración interdisciplinaria.

## LAS UNIVERSIDADES Y LA SALUD PARA TODOS: ENSEÑANZA, INVESTIGACIONES Y SERVICIO

En la estrategia mundial de salud para todos se reconoce que la atención primaria de salud es su principal mecanismo de aplicación. Los cuatro ingredientes necesarios para la eficacia de la atención primaria son: la voluntad política de implantar la equidad social; la participación activa de la comunidad; una acción intersectorial adecuada; y una tecnología apropiada y asequible. Dados esos imperativos, la función de la universidad en el fomento del concepto puede expresarse en términos de las funciones tradicionales de la universidad: enseñanza, investigaciones y servicio.

### *Funciones de enseñanza*

El reto básico que plantea a la enseñanza el concepto de la salud para todos es la necesidad de identificar las competencias que debe poseer y las actitudes que debe adoptar el personal de salud para operar de manera eficaz en programas de atención de salud de bajo costo y de amplia cobertura. Esas competencias y actitudes servirán de base para formular y evaluar más tarde los programas de enseñanza.

Otra tarea consiste en equilibrar este enfoque sumamente pragmático, basado en la práctica, con la necesidad de que los profesionales de la salud comprendan la base científica necesaria para resolver los problemas de salud actuales y venideros. Las aportaciones de las diversas disciplinas—ciencias básicas, clínicas, de salud pública, sociales y económicas—deberán ser tales que los estudiantes puedan asimilar tanto el contenido de las mismas como los métodos que se aplican en las distintas esferas.

La combinación de competencias funcionales y de bases científicas es necesaria para hacer frente a la complejidad extremada y a la rápida evolución del sistema de salud, y también para superar algunas de las deformaciones científicas y sociales que afectan a gran parte de la enseñanza de las ciencias de la salud cuando se hace excesivo hincapié en una de ellas en detrimento de las demás.

### *Funciones de investigación*

Las universidades se encuentran en una posición clave para poder adaptar a la situación local los recientes adelantos conseguidos en la tecnología biomédica, del comportamiento, socioeconómica y de gestión. La veneración que suscita, desde hace largo tiempo, la alta tecnología ha oscurecido con frecuencia el hecho de que es posible encontrar soluciones eficaces para

muchos problemas de salud con una tecnología relativamente simple, aunque no simplista. La comunidad científica debe, pues, responder al desafío que representa la necesidad de reorientar sus esfuerzos hacia el establecimiento de una tecnología más apropiada para la atención de salud y de adaptarla a unos sistemas de bajo costo y de amplia cobertura.

También en las investigaciones debería prestarse atención al establecimiento de los servicios de salud y de la infraestructura de personal de que es necesario disponer para alcanzar a la totalidad de las poblaciones. Determinar el alcance y el contenido de los programas de APS que pueden ejecutarse de manera apropiada mediante la infraestructura de APS es una de las tareas fundamentales en el establecimiento de servicios de salud. La interacción de la infraestructura con la comunidad debe ser objeto de repetidas investigaciones, en las que deberá aplicarse un criterio interdisciplinario a los problemas sociales, orgánicos y tecnológicos.

También debe ser objeto de atención el mejoramiento a largo plazo de la capacidad de los países para las investigaciones, en particular la de los países en desarrollo, donde convendría dedicar la atención necesaria a los problemas locales, a la obtención de un apoyo estable y a las perspectivas profesionales a largo plazo.

En todas esas funciones, las universidades pueden desempeñar una función decisiva gracias a sus relaciones centrales con los servicios de salud y con la comunidad y a su capacidad presente o posible para las investigaciones.

### *Funciones de servicio*

Es mucho lo que se ha dicho acerca de la necesidad de que la universidad tenga una visión más amplia de los objetivos y las oportunidades asociados a las situaciones de servicio. Ello forma parte de la cuestión más amplia de la búsqueda de pertinencia social por parte de la universidad.

Los principios y los programas de la universidad en relación con los servicios se hallan en el mismo centro de su posición con respecto a la salud para todos. Cualesquiera que sean sus declaraciones retóricas en favor de la equidad social, del desarrollo y de la APS como vehículo para la salud para todos, será la manera en que enfoque la cuestión de los servicios lo que revelará hasta qué punto comprende realmente la universidad lo que es la salud para todos y cuál es su grado de adhesión a esa meta. Y es así porque los conceptos de salud para todos se hallan estrechamente vinculados a lo que ocurre en las comunidades y en el sistema de servicios de salud. Sin un acceso fácil y permanente a los centros donde estas cuestiones pueden estudiarse y ser objeto de reflexión, donde cabe ensayar diferentes procedimientos y donde la acción del personal de salud puede ser observada en

la práctica, la universidad se encuentra alejada de las cuestiones en las que se declara interesada.

Al mismo tiempo, en la participación de la universidad en las actividades de servicio debe obrarse con gran cautela. Es necesario evitar que las tareas de servicio absorban excesivamente las posibilidades de acción de la institución y la aparten de sus funciones tradicionales o de la exploración creativa de formas de servicios que son de importancia fundamental para la ejecución de programas estrechamente vinculados con los nuevos problemas de la sociedad. Con un poco de reflexión, muchas tareas sencillas y prácticas pueden suscitar ideas que generen criterios de investigación eficaces y conduzcan a nuevas iniciativas y mejoras en el servicio.

## REFLEXIONES

Podemos ahora recapitular algunas de las principales cuestiones que intervienen en lo que consideramos como una intersección de intereses entre las universidades y el sector de la salud en escala mundial:

Diríase que las universidades se hallan sumidas en una doble crisis. En primer lugar, las afecta gravemente la recesión económica mundial que opone un freno a casi todos los aspectos de la educación superior. En segundo lugar, las universidades tratan de examinar más atentamente sus relaciones con la sociedad, tanto por la insistencia del público en exigir una responsabilidad financiera como en respuesta a su propia convicción de que el pragmatismo fiscal debería equilibrarse con una visión más clara de su propio significado social. Así pues, pese a las graves limitaciones económicas, son muchas las universidades de todo el mundo que están explorando sus relaciones con las comunidades, la industria, los gobiernos y las demás instituciones, nuevas formas estructurales dentro de la misma universidad y modificaciones de los programas tradicionales de enseñanza, investigaciones y servicio.

También el sector de la salud está afectado por la transformación que han sufrido muchos de sus aspectos, a saber, su contenido científico, su organización y gestión, y su orientación social. En los últimos decenios se han producido constantes modificaciones, pero la más notable fue la insistencia colectiva de los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud en la necesidad de que la equidad social (expresada en la fórmula "salud para todos") sea el centro de interés, y en que se imprima una dirección social a la tecnología biomédica y a los sistemas de organización. Cabría decir, sucintamente, que en materia de salud la equidad requiere la cobertura universal con un tipo de atención primaria que sea eficaz en las condiciones locales. Actualmente el sistema de salud tiene planteado el reto de conseguir progresos en biomedicina, socioeconomía y gestión que

favorezcan el desarrollo de la atención primaria de salud. Y no se piense que este reto se aplica únicamente al mundo en desarrollo. No sólo muchos países desarrollados tienen todavía mucho que hacer para atender las necesidades más fundamentales de equidad en materia de salud, sino que se les plantean otros problemas de índole más permanente: la necesidad de ajustar constantemente sus sistemas de salud para hacer frente a los nuevos problemas de sus sociedades acomodadas, y los constantes progresos de la tecnología biomédica, que es necesario evaluar continuamente con el fin de determinar hasta qué medida son útiles y económicamente viables.

Después de haber descrito esos dos sectores y algunas de sus interacciones, quizá sea oportuno, para terminar, examinar las posibilidades de un diálogo constructivo entre ellos. Las Discusiones Técnicas que se celebrarán en la 37ª Asamblea Mundial de la Salud, en Ginebra, en mayo de 1984, constituirán un gran paso en esa dirección. En preparación de esas Discusiones, quizá sería útil que los ministerios de salud y las universidades reflexionaran acerca de las cuestiones que hemos ido destacando y que indicaran, en el importante sector de las interrelaciones entre gobiernos, instituciones y sociedad en materia de salud:

- cómo juzga el ministerio de salud las políticas sanitarias nacionales en el contexto de esos problemas;
- cómo ven los ministerios en general y el ministerio de salud en particular la aportación que incumbe a la educación superior, sobre todo a las universidades;
- cómo ven las propias universidades la función que les incumbe en el desarrollo nacional, en los sistemas nacionales de salud y en la comunidad;
- de qué manera percibe la sociedad los esfuerzos desplegados en esos otros sectores y trata de participar activamente en el proceso general de salud, es decir, en las medidas de prevención, promoción de la salud, tratamiento y rehabilitación;
- cómo se puede ampliar el concepto de salud para todos de modo que abarque las exigencias de equidad social y justicia humana.

Cualquiera que sea la función que asignemos al sector de la salud y a los demás sectores y cualesquiera que sean los ideales que nos fijemos (participación de la comunidad, adaptación de los recursos, capacidad técnica, colaboración interdisciplinaria, reorientación de la atención de salud), la base sobre la cual descansará probablemente todo lo demás serán la actitud, la voluntad política y el compromiso de todos los protagonistas, ya que, en fin de cuentas, como dice el aforismo, "Las instituciones valen lo que valen los hombres que en ellas trabajan".

---

## Anexo

### EJEMPLOS DE PARTICIPACION UNIVERSITARIA

Para poder comprender la noción de servicio debe comprenderse la misión de la universidad. La posibilidad de que la universidad esté capacitada para analizar las necesidades del ambiente que la rodea supone inmediatamente una nueva definición de la misión de la institución. Esa nueva definición plantea otro problema básico de todas las relaciones entre la universidad y la comunidad: cómo combinar el compromiso con la neutralidad, la objetividad científica con la participación en los problemas sociales y, por ende, en los conflictos sociales, y en fin de cuenta, la independencia con la participación. Algunos ejemplos de diferentes modalidades de participación servirán para ilustrar la forma en que varias instituciones universitarias han sabido recientemente dar forma práctica en diferentes situaciones a su misión en la sociedad.

#### *Bangkok, Tailandia*

Las actividades de la Universidad Mahidol de Ciencias de la Salud, en Tailandia, constituyen un buen ejemplo de iniciativa universitaria en una larga serie de actividades intelectuales, en las investigaciones orientadas hacia la solución de problemas y en la experiencia basada en la comunidad. De las 14 universidades de ese país, la Universidad Mahidol es la única institución consagrada total y exclusivamente a las ciencias de la salud; en sus facultades, centros e institutos se cursan las disciplinas de salud y otras afines. En 1981, la institución organizó un seminario para examinar la función de las universidades en la salud para todos, en el que se llegó a las siguientes conclusiones:

- que la Universidad Mahidol, mediante sus principales funciones tradicionales de enseñanza, investigación y servicio, debía adoptar la salud para todos como tema central de todas sus actividades;
- que, además del desempeño normal de sus funciones académicas, los miembros de la facultad deberían fijarse metas multidisciplinarias o actividades orientadas a la ejecución de misiones con el fin de ayudar a resolver los problemas nacionales en materia de salud;
- que la atención primaria de salud, como sector principal de preocupación en el desarrollo nacional, debía recibir el máximo apoyo de la Universidad. La Universidad debería además ayudar a encontrar la manera de mejorar la calidad y la prestación de una atención médica primaria que sea rentable, tecnológicamente fiable y apropiada a las necesidades de la población;
- que el plan de estudios de la Universidad para las profesiones médicas y sanitarias en general debería modificarse conforme al nuevo concepto de la atención primaria de salud con el fin de preparar a los jóvenes graduados para las funciones adicionales de "promoción, apoyo y evaluación";
- que los medios de la política y la gestión de las investigaciones deberían orientarse hacia las investigaciones que puedan ayudar a mejorar la calidad de la vida y la situación sanitaria de la población. Entre esos medios figuran las inves-

tigaciones sobre política sanitaria y sobre servicios de salud, las investigaciones sociales y económicas y los programas de desarrollo que deben conducir a un aumento de la autorresponsabilidad, la autosuficiencia y un aprovechamiento racional de los limitados recursos disponibles.

En ejecución de esa serie de resoluciones, la institución participó activamente en el establecimiento de un comité mixto de coordinación, con una secretaría permanente, del que forman parte el Ministerio de Salud Pública y la Oficina de Asuntos Universitarios. En el poco tiempo que lleva funcionando, ese comité ha obrado profundos efectos en cuanto a formación de recursos de personal, evaluación de planes de enseñanza, definición de las diferentes funciones profesionales, educación continua, servicio rural como parte de la formación, y educación permanente en materia de enfermería, odontología, farmacia, servicios de laboratorio de diagnóstico y otras disciplinas afines.

La Universidad Mahidol, en colaboración con el Ministerio de Salud Pública y con las comunidades locales, ha participado además en un proyecto experimental que tiene por objeto reclutar estudiantes de las zonas más remotas de Tailandia, de población dispersa e insuficientemente atendida, según una proporción determinada, para que cursen estudios de grado. Se esperaba que esos estudiantes, una vez graduados, se sentirían más inclinados a identificarse con los problemas de su lugar de origen y que ofrecerían voluntariamente sus servicios a la sociedad en esas zonas desaventajadas. Esas esperanzas no han sido defraudadas, y la iniciativa se está aplicando con la misma eficacia en otras instituciones médicas de Tailandia.

En tercer lugar, la Universidad Mahidol ha establecido redes y centros interfacultades en los sectores de microbiología, inmunología, estudios graduados, investigaciones y desarrollo, y política sanitaria.

Quizá el ejemplo más destacado de la resuelta voluntad de la Universidad Mahidol de participar en la acción en favor de la salud para todos sea su iniciativa en el establecimiento del nuevo Centro ASEAN para la Atención Primaria de Salud, las Investigaciones, el Desarrollo y la Formación. Los Gobiernos de Indonesia, Malasia, Singapur, Filipinas y Tailandia se han comprometido, en nombre de sus respectivos países, a desarrollar los recursos humanos en el esfuerzo de conjunto hacia la realización de la salud para todos por medio de la atención primaria, lo que constituye un gran paso adelante en materia de cooperación regional en el sector de la salud. Cada país ha elegido como tema de su centro correspondiente un aspecto del desarrollo de los recursos humanos. En el caso de Tailandia este tema es la atención primaria de salud, y entre sus elementos componentes figuran un servicio de producción de material didáctico, varias instalaciones para la formación en distintos escalones, y un sistema de apoyo informativo sobre atención primaria de salud. Habrá cuatro centros provinciales en los que se completarán los programas de acción desarrollados en el centro principal, en el contexto de la cultura y las tradiciones locales y de la manera de ser general propia de la comunidad. Personal de la Universidad y del Ministerio de Salud Pública se está integrando en los diversos componentes del centro principal y los centros provinciales. Se han organizado ya varias reuniones de consulta y el centro ha firmado más de 20 contratos de investigación sobre una amplia serie de problemas relativos a la atención primaria de salud.

*Sussex, Reino Unido*

Los institutos de estudio del desarrollo son básicamente servicios de consulta a los que con frecuencia las autoridades especiales o ciertos sectores de la comunidad invitan a aplicar su capacidad técnica reconocida al estudio de ciertas cuestiones prácticas en el seno de la comunidad.

El Instituto de Estudios sobre el Desarrollo de la Universidad de Sussex, Inglaterra, es uno de esos centros. Fundado en 1964, ha venido combinando las investigaciones y la enseñanza con ciertas actividades operativas, como la consulta o las investigaciones en relación con problemas orientados a las políticas. Esas actividades se han desplegado principalmente por encargo de organismos oficiales o de organizaciones del sistema de las Naciones Unidas tales como el PNUD, la OIT, la FAO y la UNESCO.

El principal impulso para las actividades del Instituto en materia de salud procedió también de un tipo diferente de organismo internacional: se trataba de una subvención para estudiar cuestiones de planificación sanitaria, asistencia de salud y servicios rurales de salud en un país en desarrollo. Se constituyó un grupo en el que se hallaban representadas varias disciplinas en torno a un núcleo central de medicina, economía y sociología. El grupo trató durante muchos meses de adquirir una perspectiva auténticamente interdisciplinaria y al poco tiempo pudo presentar, entre otras cosas, un informe completo sobre los servicios rurales de salud del país de que se trataba, realizado en colaboración con el Ministerio de Salud, con el departamento de medicina comunitaria de la universidad nacional y con el instituto de investigaciones estadísticas, sociales y económicas. El Instituto ha participado también en cuestiones más amplias relacionadas con la formulación y elaboración de políticas sanitarias durante el período inicial de aplicación del criterio de APS y de la Estrategia de salud para todos en el año 2000.

*Ibadán, Nigeria*

La Universidad de Ibadán y el Politécnico de Ibadán participan actualmente en un programa interinstitucional y multidisciplinario de investigaciones, en el que se trata de relacionar los esfuerzos que se despliegan en ciertos sectores de especialidad con los problemas del medio ambiente. Con este fin, se ha seleccionado un grupo de aldeas situadas en torno a la pequeña ciudad de Idere, en Nigeria Occidental, y se ha tratado de demostrar en qué medida las instituciones docentes pueden contribuir de manera significativa a la atención primaria de salud y, por ende, a la salud para todos, centrandó su atención en una zona prioritaria desde el punto de vista social.

En la comunidad de Idere es muy endémica la dracunculosis (infección por el gusano de Guinea). El paludismo, la esquistosomiasis y la oncocercosis son también problemas de salud que afectan a la zona y son causa de considerable morbilidad. Un sistema de abastecimiento de agua canalizada que fue instalado a comienzos del decenio de 1970 (y que consiguió realmente librar la zona de la dracunculosis) quedó inutilizado en los últimos años. La enfermedad ha vuelto a hacer estragos, y el absentismo agrícola va en aumento, con los consiguientes efectos adversos para

la producción. Viene a complicar los problemas de Idere el descuido que se observa en cuanto a conservación de las vías de comunicación, suministro de energía eléctrica y emplazamiento de las industrias.

El grupo de investigadores universitarios que observó esos problemas decidió trazar el perfil general sanitario de la comunidad, prestando particular atención, en esa etapa inicial, al problema de la dracunculosis. Componen el grupo expertos de las siguientes disciplinas:

<i>Investigadores</i>	<i>Profesores universitarios</i>
Educación de salud pública	Medicina
Salud de la madre y el niño	"
Higiene del medio	"
Epidemiología	"
Estadística y programación	"
Administración sanitaria	"
Sociología médica	Ciencias sociales
Geografía médica	" (en el Politécnico de Ibadán)
Nutrición	Agricultura
Educación de adultos	Educación
Educación sanitaria escolar	"

El Programa Especial OMS/PNUD/Banco Mundial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales ha facilitado subvenciones y apoyo logístico.

Además, se adiestra a los estudiantes de medicina y educación sanitaria en las técnicas propias de la epidemiología y de las ciencias sociales y del comportamiento, y se da formación a agentes de salud de aldea que se integran en los servicios locales. Los miembros del equipo prestan apoyo a una red de servicios para el envío de los enfermos procedentes de las aldeas remotas, y los especialistas en higiene del medio prestan asistencia técnica directa a la comunidad en la localización de aguas subterráneas y la excavación de pozos.

Así pues, el establecimiento de un sistema multidisciplinario de acopio, análisis e interpretación de datos está ya conduciendo a una colaboración intersectorial en una intervención. Esa acción contribuye a hacer ver a la comunidad la importancia de la prevención de las enfermedades y a estimular la participación de la población en los programas de educación sobre higiene del medio. También contribuye a la formación y utilización de agentes de salud de aldeas, fomenta los programas de alfabetización funcional para adultos y, en general, relaciona los resultados de las investigaciones efectuadas en las zonas rurales, en todas sus dimensiones, con las prioridades observadas en el medio.

#### *Beersheva, Israel*

El Centro Universitario de Ciencias Sociales de la Universidad Ben Gurion del Negev, Beersheva, fue creado en 1974 con tres objetivos principales, a saber:

- ejecutar un programa integrado para la prestación de atención preventiva, curativa y de rehabilitación a toda la población de la región del Negev;

- refundir ese sistema integrado de atención de salud con el Centro Universitario de Ciencias de la Salud, sujetando el conjunto a una sola y misma dirección;
- formar, dentro de ese nuevo marco, a un tipo diferente de médico, cuyo objetivo primordial sea prestar servicios en un sistema integrado de atención de salud hospitalaria y comunitaria.

El plan de estudios y el procedimiento de enseñanza y aprendizaje se han elaborado de modo que reflejen esos objetivos, prestándose la debida atención a la solución de problemas, la integración, el orden secuencial y la especificación de las competencias necesarias que se derivan de un análisis de las tareas o funciones. El Centro Universitario es una institución multiescolar de la que forman parte la escuela de medicina, una escuela para otras profesiones de salud afines orientadas a la comunidad (incluida la enfermería), una escuela de administración y economía sanitaria, y una escuela para la educación continua.

Para establecer un sistema integrado de atención de salud ha sido necesario crear un consorcio que facilite una comunicación más eficaz entre dos organismos principales: el Instituto del Seguro de Enfermedad, de la Federación General del Trabajo (*Kupat Holim*)—que tiene a su cargo el seguro y los servicios de tratamiento en la comunidad y en los hospitales para más del 90% de la población del Negev—y el Ministerio de Salud, responsable en gran parte de los servicios de prevención.

Al refundir la atención médica y la enseñanza médica bajo una misma autoridad, el Centro Universitario de Beersheva ha podido mejorar, mediante una intervención directa, el sistema de prestación de atención de salud, estableciendo una mejor relación funcional entre la formación de personal y el servicio de salud, y consiguiendo que los recursos de las escuelas de medicina se utilicen apropiadamente para explorar nuevas modalidades de prestación de atención de salud para la población de la región del Negev. Esta fusión ha proporcionado además al Centro una oportunidad única de participar en la planificación y el funcionamiento de los servicios de salud de toda clase establecidos en toda la región, incluidos los servicios ambulatorios de la periferia situados en las zonas rurales y en desarrollo.

Hecho más importante todavía, esa estructura de colaboración sujeta a una misma dirección ha permitido examinar la función del médico en diferentes planos de la atención de salud, en cuanto a las competencias necesarias para un buen rendimiento profesional, facilitando así a la escuela de medicina la formulación de objetivos de enseñanza derivados del mundo real de la práctica profesional. La idea ha sido establecer un nuevo vínculo funcional entre los objetivos de la enseñanza de la medicina y toda la serie de necesidades de la comunidad en materia de salud. Los estudiantes participan en los servicios relacionados con la prevención primaria y secundaria, la asistencia para casos agudos y la rehabilitación en una amplia serie de instalaciones relacionadas con la salud (entre ellas salas de hospital, ambulatorios, clínicas para enseñanza de la atención primaria, servicios de higiene del trabajo, centros de rehabilitación y centros de salud pública). También adquieren conocimientos sobre las ciencias básicas en relación con la prestación de atención primaria. Uno de los mejores indicios de la eficacia de este programa ha sido el hecho de que 21 de los 30 estudiantes de la primera promoción que se graduó se ofrecieron voluntariamente para ejercer durante por lo menos un año en consultorios de atención primaria antes de iniciar su período de residencia; las promociones subsi-

güientes han demostrado todavía mayor entusiasmo. En su formación, se hace hincapié en la prevención de las enfermedades y en su pronta detección, en la importancia de la labor de equipo y en el valor de una consulta periódica con los profesores de los centros para envío de enfermos, mediante un sistema de educación continua.

## RESUMEN

El presente documento, que sirvió de base para las Discusiones Técnicas de la 37a Asamblea Mundial de la Salud (1984), constituye una nueva dimensión de actividad dentro de la Organización Mundial de la Salud y un elemento de la serie de acciones con las que se trata actualmente de centrar la atención en la enorme influencia que las universidades pueden ejercer en la eficacia de la atención de salud en las diferentes situaciones y ambientes de todo el mundo. En el documento se reconoce la diversidad de las instituciones de enseñanza superior en las diferentes sociedades en cuanto a forma, índole, misión y funciones, y no se ha tratado en absoluto de partir de una uniformización artificial. Se examinan en el mismo las relaciones funcionales entre esas instituciones, el gobierno y la comunidad en el contexto de la salud para todos, teniendo presentes los imperativos fundamentales del desarrollo humano y la justicia social.

El documento se ha elaborado gracias a los esfuerzos conjuntos de un grupo especial reunido para tratar del tema y compuesto de más de una docena de autoridades sanitarias y académicas de diversas universidades de todo el mundo. La OMS debe agradecerles la medida en que han contribuido a dar a las cuestiones estudiadas una auténtica perspectiva mundial.

## REFERENCIAS

- (1) *Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000*. Ginebra, OMS, Serie "Salud para Todos", No. 3, 1981.
  - (2) *Plan de acción para aplicar la Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000*. Ginebra, OMS, Serie "Salud para Todos", No. 7, 1982.
  - (3) *The University and the Community*. París, OCDE, 1982.
  - (4) Whitehead, A. N. En: *Science and the modern world*. Conferencias Lowell: re-edicón de 1960, New American Library.
  - (5) Jantsch, E. En: *The University and Community*. París, OCDE, 1982.
-

### THE FUNCTION OF THE UNIVERSITY IN THE HEALTH FOR ALL STRATEGIES (*Summary*)

This was the working document of the Technical Discussions held in the Thirty-seventh World Health Assembly (1984). It represents a new dimension of activity in the World Health Organization and is one of a series of actions being taken to focus attention on the enormous influence that universities can exert on the effectiveness of health care in the different situations and settings found in the world. The document takes cognizance of the diversity of form, nature, purposes and functions among institutions of higher learning in different societies and no attempt is made to see similarities where none exist. It examines the functional relations between these institutions and their governments and communities in the health for all context in light of the basic imperatives of human development and social justice.

The document was produced by a special group formed to consider the subject and made up of more than a dozen health and academic authorities from different universities in all parts of the world. WHO is indebted to them for their contribution to placing these issues in truly worldwide perspective.

### A FUNÇÃO DAS UNIVERSIDADES NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE PARA TODOS (*Resumo*)

Esse documento, que serviu de base para as Discussões Técnicas da 37ª. Assembleia Mundial da Saúde (1984), constitui uma nova dimensão das atividades no âmbito da Organização Mundial da Saúde e um elemento da série de ações com que se procura atualmente concentrar a atenção na extraordinária influência que podem as universidades exercer sobre a eficácia dos cuidados de saúde em diferentes situações e ambientes de todo o mundo. O documento reconhece a diversidade das instituições de ensino superior nas distintas sociedades, em matéria de forma, caráter, missão e funções, razão por que absolutamente não procurou partir de uma uniformização artificial. Além disso, examina as relações funcionais entre essas instituições, o governo e a comunidade, num contexto de saúde para todos, levando em conta os imperativos fundamentais do desenvolvimento humano e da justiça social.

A elaboração do documento deve-se ao esforço conjunto de um grupo especial reunido para tratar do tema e integrado por mais de uma dúzia de autoridades sanitárias e acadêmicas de diversas universidades do mundo. Cumpre à OMS agradecer-lhes pela contribuição que deram a fim de revestir as questões estudadas de uma autêntica perspectiva mundial.

### FONCTION DES UNIVERSITES DANS LES STRATEGIES DE SANTE POUR TOUS (*Résumé*)

Le présent document, qui a servi de base aux discussions techniques de la XXVII<sup>ème</sup> Assemblée mondiale de la santé (1984) donne une nouvelle dimension à l'acti-

tivité de l'Organisation mondiale de la Santé et constitue un élément de la série d'actions avec lesquelles il s'agit d'attirer l'attention sur la grande influence que peuvent avoir les universités sur l'efficacité de soins de santé dans les différents contextes de la scène mondiale. Ce document donne acte de la diversité des établissements d'enseignement supérieur des différentes sociétés en ce qui concerne la forme, la portée, la mission et les fonctions de ces établissements, et ne cherche pas à partir d'une uniformité artificielle. Il examine les rapports fondamentaux entre ces établissements, le gouvernement et la communauté dans l'optique de la santé pour tous, en tenant compte des impératifs fondamentaux du développement humain et de la justice sociale.

Ce document a été élaboré grâce aux efforts conjoints d'un groupe spécial réuni pour traiter de ce thème et composé de plus d'une douzaine d'éminents spécialistes sanitaires et universitaires de diverses universités du monde entier. L'OMS les remercie d'avoir abordé ces questions dans une perspective vraiment mondiale.

#### **FE DE ERRATA**

*Educación médica y salud*

Vol. 18, No. 4 (1984)

El título correcto del artículo que comienza en la página 419 es el siguiente:

**Políticas de recursos humanos para la salud: una propuesta para su formulación.**

## Reseñas

---

---

### GRUPO DE TRABAJO SOBRE INVESTIGACION DE PERSONAL DE SALUD

El Grupo de Trabajo sobre Investigación de Personal de Salud se reunió en la Sede de la OPS, en Washington, D.C., del 21 al 25 de mayo de 1984, con los participantes que se mencionan en la nota al pie.<sup>1</sup>

#### *Introducción*

Los problemas ligados a la planificación, la formación, el empleo, la administración y el desempeño del personal de salud han venido a ocupar una posición central en los esfuerzos nacionales e internacionales para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000. En el lado positivo, diversas experiencias han mostrado la riqueza potencial de abordar la estrategia de atención primaria a la salud, mediante formas innovadoras de organización del personal de salud, el cual sigue representando el insumo más importante para la producción de servicios. En el lado negativo, los últimos años han sido testigos de crecientes desequilibrios en los mercados laborales del campo de la salud, lo cual ha conducido a situaciones de desempleo y subempleo en un gran número de países.

La necesidad de comprender mejor estos y otros procesos, ha dado lugar a un creciente interés en la investigación sobre personal de salud (IPS). La Organización Mundial de la Salud ha producido, entre otros, un documento general sobre este tema (1). La investigación científica representa una de las bases primordiales del desarrollo del personal de salud y constituye, a su vez, una pieza clave en los programas regionales y nacionales de la Organización Panamericana de la Salud. Por ello, la OPS a través del Programa de Personal de Salud y de la Unidad de Coordinación de Investigaciones, convocó a este Grupo de Trabajo sobre Investigación de Personal de Salud.

---

<sup>1</sup>Lic. Francisco Codina (Ponente), Asesor, Ministerio de Salud, Lima, Perú; Dr. Rolando Collado (Relator), Departamento de Sociología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F., México; Dr. Hesio Cordeiro (Coordinador del Grupo de Trabajo), Coordinador, Posgrado de Medicina Social, Instituto de Medicina Social, Universidad Estatal de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil; Dr. Julio Frenk (Relator/editor), Director Académico, Centro de Investigaciones en Salud Pública, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, D.F., México; Dr. Carlos Linger, Consultor de Recursos Humanos de la OPS, La Paz, Bolivia; Sra. Lucila Niño de Peña, Oficina de Planeación, Universidad de Santander, Bucaramanga, Colombia; Dr. Roberto Nogueira (Ponente), Consultor de Recursos Humanos de la OPS, Brasilia, Brasil; Lic. Luis Stuhlman (Ponente), Director, Departamento de Humanidades, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina; Dr. Rodrigo Yépez (Relator), Facultad de Medicina, Universidad de Ecuador, Quito, Ecuador. Por el Programa de Personal de Salud de la OPS participaron: Dr. José Roberto Ferreira, Coordinador, Dr. Carlos A. Vidal, Dr. Gerard Etienne, Dra. Betty Lockett, Srta. Maricel Manfredi, Dr. Mario Boyer, Dra. Lydia Bond y el Dr. Ronaldo Luna.

Esta reunión tuvo los siguientes objetivos:

1. Delimitar los conceptos centrales de la IPS, incluyendo su relación con la investigación en servicios de salud y la definición de sus objetos de estudio.
2. Definir los criterios para establecer prioridades de IPS.
3. Proponer áreas prioritarias generales de IPS.
4. Sugerir a la OPS estrategias para desarrollar IPS.

La metodología de trabajo para la reunión incluyó una primera sesión de presentación y discusión de dos documentos básicos (2,3). El resto de la reunión se dedicó a discusiones dirigidas al cumplimiento de cada uno de los objetivos mencionados. El presente informe resume el producto de esas discusiones.

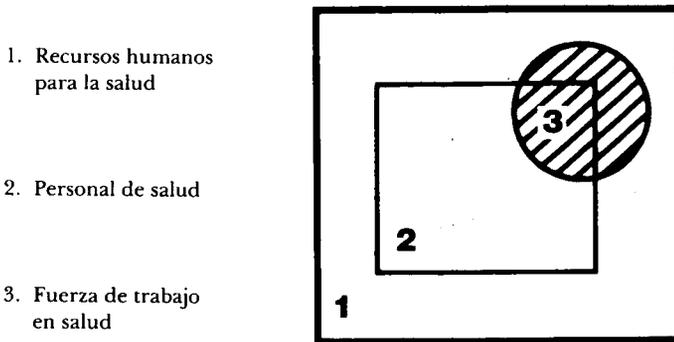
#### *Bases conceptuales de la investigación de personal de salud*

En el campo de la IPS es importante precisar la relación entre la investigación de servicios de salud y la investigación de personal de salud. En rigor, la segunda es parte de la primera. Esta distinción puede hacerse más clara si se le refiere al modelo de Donabedian sobre las equivalencias que existen entre las necesidades de salud de la población, los servicios de salud y los recursos para la salud (4). La IPS se refiere primariamente a los vínculos que se establecen entre ciertos recursos humanos y determinados servicios de salud, a través de la productividad y la accesibilidad de dichos recursos. No incluye la investigación de la contribución que hacen los servicios a satisfacer las necesidades de salud, aunque este es uno de los temas centrales de la investigación de servicios de salud. En términos de funciones de producción, la IPS se ocupa de la relación entre dicho personal como parte de la estructura de insumos y tecnologías y el producto elaborado por los servicios de salud. Es obvio que los servicios son, a su vez, un insumo para la producción de salud. A pesar de que esta última relación es la base final para evaluar a los recursos, su estudio científico corresponde a la investigación de servicios de salud y no a la IPS.

*Metas de la IPS.* La distinción anterior obedece únicamente a la necesidad de diferenciar el aspecto de la realidad que forma el campo específico de la IPS. No debe perderse de vista, sin embargo, que el objetivo final de toda la investigación en salud, incluyendo la IPS, es contribuir a la meta de salud para todos en el año 2000. En efecto, el personal de salud debe tener a la salud colectiva como compromiso central de todas sus acciones. En la medida en que la IPS contribuya a comprender los determinantes del desempeño del personal y a diseñar innovaciones que mejoren dicho desempeño, en esa medida estará contribuyendo a elevar los niveles de salud de la población y, en cierta forma del personal mismo, vía la gratificación de un papel social cumplido a cabalidad.

*Objeto de estudio de la IPS.* En el área de la salud, los términos "recursos humanos", "personal" y "fuerza de trabajo" se han tomado como sinónimos, cuando en realidad no lo son. Las diferencias no son solamente producto del momento histórico en que cada uno de estos conceptos ha predominado; en rigor, los tres reflejan aspectos distintos de la realidad, que merecen ser investigados. Al propio tiempo, estos conceptos están relacionados en formas que deben ser esclarecidas a fin de poder precisar el objeto de estudio de la IPS. En la figura 1 dichas relaciones se representan gráficamente.

Figura 1.



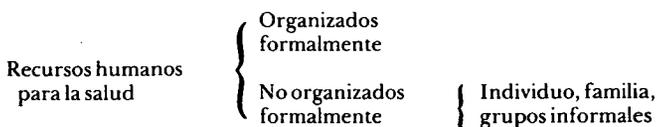
1. Recursos humanos para la salud
2. Personal de salud
3. Fuerza de trabajo en salud

El primer término “recursos humanos para la salud”, es el más amplio. Comprende a todos los individuos y grupos que, organizados formalmente o no, pueden satisfacer, en un momento dado, un objetivo determinado en el campo de la salud. En consecuencia, el término tiene una connotación de “utilidad” (valor de uso); esto es, el recurso es tal, en tanto y cuanto es útil para cumplir un objetivo.

El término “personal de salud” es más restringido que el anterior. Se refiere a los individuos que se encuentran formalmente organizados para trabajar dentro del sector salud. Además, la definición estricta de personal de salud implica un elemento de legitimización; esto es, las personas que caen dentro de esta categoría han recibido educación institucionalizada o cuentan con un reconocimiento jurídico para practicar.

El criterio para definir la “fuerza de trabajo en salud” es de índole económica (2), por lo que abarca no sólo a una parte del personal de salud, sino también de los recursos humanos restantes. En efecto, este término se refiere a aquel subconjunto de los recursos humanos y del personal que participa en acciones de salud por la vía de la remuneración económica. En consecuencia, el término implica el concepto de “mercancía” (valor de cambio).

Las definiciones anteriores adquieren mayor claridad si se desarrolla una tipología a partir de ellas. El concepto más general de recursos humanos para la salud puede subdividirse, como se sugirió anteriormente, en dos grandes sectores. El primero comprende a los recursos humanos que trabajan para la salud en el contexto de una organización formal. En el segundo se ubican todos aquellos individuos y grupos que, desde el punto de vista de sus acciones de salud, no se encuentran organizados formalmente. Como se muestra en el esquema siguiente, quedan incluidos aquí: a) el individuo cuando contribuye activamente a su propia salud; b) la familia como unidad de producción doméstica de servicios de salud, y c) los grupos informales de la comunidad en la medida en que realizan acciones de salud.

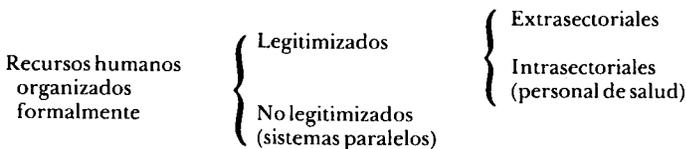


La adopción de un criterio organizacional para esta primera clasificación de los recursos humanos en salud, no implica en modo alguno un criterio valorativo sobre las acciones que potencialmente podrían cumplir los individuos pertenecientes a uno u otro grupo, en términos de salud. Por el contrario, la referencia a los recursos humanos no organizados formalmente presupone el reconocimiento del papel que de hecho cumplen los miembros del conglomerado social en el cuidado de su propia salud y de la salud de sus familiares. Ello implica la aceptación de la gran potencialidad que tiene la participación popular en salud como factor importante en el desarrollo económico y social y en la transformación de la calidad de la vida, elementos que constituyen el núcleo de la concepción y estrategia para alcanzar salud para todos.

Ahora bien, los recursos humanos que pertenecen a organizaciones formales pueden tener o no un reconocimiento dentro del espectro institucional prevalente. Dependiendo de las instancias ideológicas, jurídicas y políticas que regulan la institucionalización de la formación de los recursos humanos en salud, la práctica de estos últimos puede o no haber sido legitimada. En gran medida, el proceso de legitimización depende de las instituciones educativas y de otras que, sin ser tales, asumen esa función en determinados momentos. En todo caso, la característica confiere a unas acciones de salud la calidad de legítimas y sustrae tal calidad a otras, aunque en ocasiones se trate de acciones similares que, en sí mismas, no se diferencian.

Los recursos humanos no legitimados jurídica e ideológicamente forman los llamados "sistemas paralelos" de atención de salud. Obviamente, estos recursos pueden permanecer al margen de los sistemas legitimados, propugnando los valores de su propia organización, o pueden ser incorporados a grupos reconocidos, a condición de recibir "ciclos de adiestramiento". En ambos casos, pueden o no ser remunerados por su trabajo.

Por otra parte, existen dos grandes tipos de recursos humanos organizados formalmente y legitimados. Los primeros comprenden personas que sin ser integrantes del sector salud en sentido estricto desarrollan actividades que inciden directamente sobre la salud de la población; por ejemplo, maestros, agrónomos, etc. Estas personas pueden denominarse "recursos humanos para la salud extrasectoriales". Se distinguen de los recursos humanos intersectoriales, integrados por quienes trabajan directamente en el sector salud. Es este último grupo el que corresponde al concepto de personal de salud, tal como fue definido antes. Nuevamente, esta diferenciación, nacida del criterio de ubicación sectorial, no implica juicio valorativo alguno; presupone tan solo un arbitrio de clasificación que contribuye a precisar las fronteras conceptuales entre lo que se está llamando "recursos humanos para la salud" (el término más amplio) y "personal de salud" (el término más restringido). Las relaciones anteriores pueden mostrarse esquemáticamente como sigue:



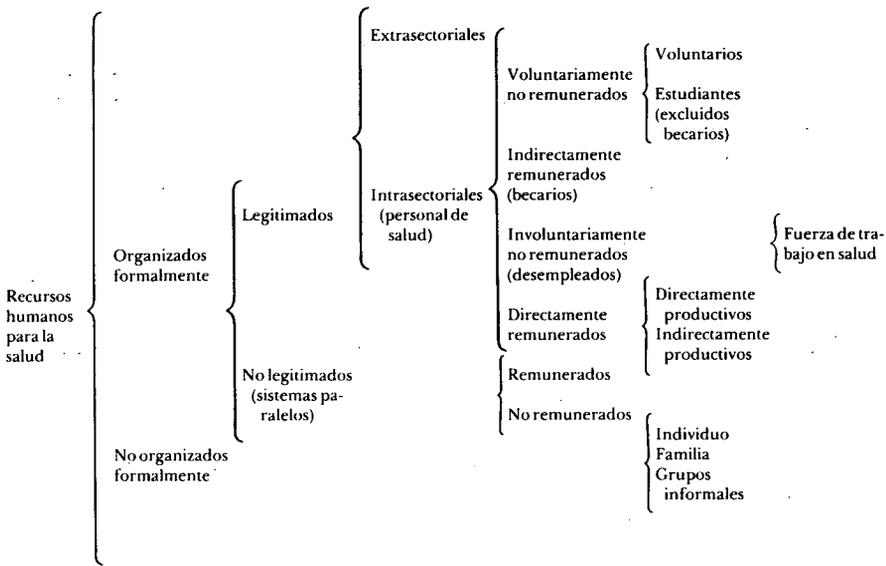
Por último, de acuerdo con un criterio de clasificación económico, el personal de salud puede ser categorizado en dos grupos: remunerado y no remunerado. A su vez, el personal remunerado puede serlo directa o indirectamente. Estos últimos incluyen a los becados (internos de pregrado, pasantes en servicio social), cuyas percepciones económicas no suelen tener, al menos formalmente, un carácter de retribución directa por el trabajo realizado, sino de apoyo a la educación de los becados. Por su parte, el personal de salud directamente remunerado incluye, tanto a los asalariados que venden una fuerza de trabajo a una institución empleadora, como a los profesionistas en práctica privada, cuya remuneración proviene de la venta de servicios de salud a pacientes. En ambos casos es posible hacer una distinción entre el personal directamente productivo, esto es, que participa directamente en la provisión de servicios, y personal indirectamente productivo, que se encarga de las funciones de apoyo.

Como se indicó anteriormente, la segunda gran categoría del personal de salud es la del personal no remunerado, sea voluntaria o involuntariamente. Son voluntariamente no remunerados los estudiantes de las disciplinas de la salud y los voluntarios, esto es, personas que participan en acciones legitimadas dentro del sector salud, pero que no perciben remuneración por ello. El personal involuntariamente no remunerado está formado por los desempleados del sector salud. Estas distinciones pueden presentarse como sigue:



En tanto que categoría estrictamente económica, el concepto de fuerza de trabajo en salud se ubica en un plazo que tiene una correspondencia solo parcial con la categoría de personal de salud. En efecto, la fuerza de trabajo en salud incluye el personal directa e indirectamente remunerado, así como a los involuntariamente no remunerados (los desempleados). Pero, además, dicha fuerza incluye a las personas del sector no legitimado que, al vender sus servicios a cambio de remuneración, entran en relaciones económicas.

La tipología completa que fue discutida y aprobada por el Grupo de Trabajo puede resumirse de la siguiente manera:



La tipología precedente constituye una herramienta para el análisis, mediante la cual sería posible clasificar a cada persona de una comunidad dada según su papel como recurso humano para la salud. Nótese, sin embargo, que un individuo puede ocupar varias categorías de la tipología, dependiendo de la función social que esté desempeñando en un momento dado. Así, es posible estudiar las distintas facetas de dicho individuo como recursos humanos para la salud. Al mismo tiempo, si se desea contar con categorías mutuamente excluyentes, es posible pasar del concepto de “personas” a “personas-tiempo” como unidad de análisis.

Pero la utilidad de la tipología va más allá de su potencial analítico. Ella permite delinear claramente los grupos específicos que constituyen el objeto de estudio de la IPS. Así, el análisis de grupos no organizados formalmente, de sistemas paralelos de servicios de salud y de la contribución de elementos extrasectoriales, forma parte integral de la investigación sobre recursos humanos en general, mas no de la IPS en sentido estricto. Con todo, la tipología muestra que aun el campo más restringido de personal de salud constituye una fuente muy rica de temas de investigación. Más aún, el personal de salud y, en particular, aquel que también forma parte de la fuerza de trabajo en salud, sigue siendo, sin duda, el tipo de recursos humanos de mayor importancia en las políticas nacionales de salud.

*Criterios para establecer prioridades de investigación*

Como se señaló en uno de los documentos básicos de la reunión (3), existen varios mecanismos para generar prioridades de investigación, incluidos la construcción de escalones socioeconómicos, declaraciones de expertos, el desarrollo de marcos

teóricos y el análisis empírico de lo que falta por investigar. El Grupo de Trabajo decidió definir grandes áreas prioritarias aparte de la formulación previa de criterios explícitos. En efecto, si se acepta la premisa de que la investigación debe producir conocimientos que apunten a la resolución de situaciones problemáticas, entonces cabe precisar criterios previos que permitan señalar objetivamente cuáles de aquellas situaciones problemáticas merecen una atención inmediata en términos de la asignación de recursos para investigación. Basados en esta premisa, los miembros del Grupo de Trabajo consideraron una serie de criterios que fueran capaces de discriminar la relevancia de distintos temas de investigación sobre personal de salud. Después de extensas discusiones, se recomendó la adopción de seis criterios principales para establecer las grandes áreas prioritarias de la IPS:

1. La contribución potencial del tema de investigación a la meta de salud para todos en el año 2000.
2. La relevancia para las políticas nacionales de salud y para las políticas y estrategias regionales de la Organización.
3. La existencia de demandas sociales alrededor de problemas relacionados con el tema de investigación.
4. La contribución a resolver impactos negativos de la coyuntura social, política y económica.
5. La existencia de una teoría que nutra al tema de investigación y que, a la vez, sea susceptible de mayor desarrollo.
6. La ausencia o insuficiencia de conocimientos sobre el tema, de modo tal que las investigaciones no repitan caminos trillados sino que realicen contribuciones originales.

Tanto las metas globales como las políticas nacionales de salud constituyen elementos principales para el análisis, en tanto y cuanto reflejen compromisos de los gobiernos en representación de sus respectivos pueblos. Cuando dichas políticas definan una situación dada como problemática, abren la posibilidad de investigarla y, sobre esta fase, de transformarla.

Es evidente, sin embargo, que tales decisiones políticas no se dan en un vacío. Por el contrario, responden, entre otros factores, a las demandas sociales de la población y a las características coyunturales. En efecto, las situaciones problemáticas en el campo de la salud generan demandas sociales que se expresan mediante acciones directas e indirectas por parte de la propia población; a la acción popular se añaden las demandas que surgen de las corporaciones y aquellas que nacen de los propios aparatos burocráticos del Estado. Aunque comparten el reconocimiento común de la existencia del problema, estas diversas gestiones no siempre se orientan en un mismo sentido en cuanto a las propuestas de solución; por lo mismo, merecen la más cuidadosa atención en términos de la definición de la relevancia del problema en cuestión.

Los análisis políticos, económicos y sociales de coyuntura son instrumentos valiosos para discernir el orden prioritario de un problema, a fin de establecer, lo más objetivamente posible, la agenda de cuestiones que el sistema de ciencia y tecnología deberá adoptar a corto y a largo plazo.

Existen dos criterios más que deben tomarse en cuenta al calificar a una determinada área o tema de investigación como prioritaria. Dichos criterios integran los

aspectos propiamente sustantivos del análisis, puesto que se refieren a la generación misma de nuevos conocimientos. Es indudable que las áreas prioritarias de investigación deben estar sólidamente fundamentadas en una teoría, pues de lo contrario no serán susceptibles de tratarse con el instrumental ofrecido por el método general de la ciencia. De manera similar, la generación de nuevos conocimientos trae implícito el propósito de contribuir a llenar vacíos preexistentes; en consecuencia, los esfuerzos dirigidos en tal sentido deben merecer el reconocimiento necesario, sobre todo si se enmarcan en la producción de un conocimiento sistemático capaz de impulsar decisiones y acciones transformadoras.

A los criterios anteriores debe agregarse un conjunto de criterios relacionados con los aspectos de apoyo a la investigación. Dicho conjunto constituye la viabilidad o factibilidad de un área temática y se expresa en la disponibilidad de recursos humanos, financieros, materiales e institucionales para abordar esa área temática, así como en la factibilidad política de realizar la investigación correspondiente.

#### *Áreas prioritarias de la IPS*

Los miembros del Grupo de Trabajo examinaron una serie de áreas de investigación a la luz de los criterios arriba señalados. Después de extensas discusiones, surgieron cinco grandes áreas que parecen satisfacer la definición de prioridad expresadas por los criterios:

1. Mercado de trabajo en salud.
2. Análisis del personal de salud en la estructura de insumos y tecnología.
3. Sociología de las profesiones.
4. Procesos educacionales.
5. Estudios e investigaciones de apoyo.

Como puede verse, las primeras cuatro áreas son temáticas en el sentido de que se refieren a temas generales de investigación. La quinta, en cambio, comprende proyectos de apoyo, principalmente metodológico y de infraestructura, que nutran y faciliten la realización de investigaciones sobre las áreas temáticas.

Con respecto a los dos primeros criterios para establecer prioridades, puede afirmarse que las áreas temáticas propuestas se refieren a fenómenos que forman parte crucial de cualquier estrategia para alcanzar la meta de salud para todos y para desarrollar políticas nacionales congruentes con ella. Así, por ejemplo, en el área de mercado de trabajo de salud, la existencia de un margen considerable de desempleo y subempleo de personal de salud, así como los desequilibrios en la composición por categorías representan serios obstáculos para la estrategia de extensión de la cobertura y para el mejoramiento de la calidad de los servicios, que se predicen en las políticas nacionales de salud y que forman parte de la meta. Asimismo, el problema crucial en la composición óptima del equipo de salud, que permita incrementar la capacidad operativa del sistema de salud mediante el uso de tecnología apropiada, no puede resolverse si no se realizan estudios sobre la intención en relación con el personal de salud y la estructura de los otros insumos y de la tecnología.

En lo que respecta al tercer criterio—la respuesta a demandas sociales—áreas

temáticas como la sociología de las profesiones y el mercado de trabajo en salud permiten comprender los papeles que desempeñan algunos de los principales sectores corporativos (por ejemplo, sindicatos, asociaciones médicas) en la estructura de los servicios de salud.

Indudablemente, todas las áreas temáticas sugeridas por el Grupo de Trabajo son muy relevantes ante la actual coyuntura económica y social—el cuarto criterio para designar prioridades. En efecto, en la medida en que el desempleo y el subempleo de personal de salud tienen sus raíces en la crisis económica iniciada en los años setenta (5), se hace preciso realizar estudios sobre mercados de trabajo, estructura de insumos y tecnología, sociología de las profesiones y procesos educacionales, a fin de lograr mayor racionalidad en los gastos en salud y plena utilización de la capacidad física y humana disponible.

Finalmente, todas las áreas temáticas propuestas están sustentadas por teorías en el campo de las ciencias sociales y educacionales (incluidos campos tales como la sociología, la economía, las ciencias políticas, la antropología, las ciencias de la educación), que pueden ser puestas a prueba al propio tiempo que se generan conocimientos originales capaces de llenar lagunas sobre fenómenos básicos, como la producción de servicios y de personal, la organización social del trabajo en salud, los determinantes de los mercados laborales y la generación de innovaciones tecnológicas en relación con el personal de salud.

Del análisis anterior se desprende que existe una estrecha congruencia entre los criterios para fijar prioridades y las áreas recomendadas por el Grupo de Trabajo. Seguidamente se analizan brevemente cada una de estas áreas y se ilustran algunos de los temas de investigación que las integran.

*Area prioritaria 1—Mercado de trabajo en salud.* Según Edwards *et al.*, “el mercado de trabajo consiste de aquellas instituciones que median, realizan o determinan la compra y venta de fuerza de trabajo” (6). En términos más concretos, el mercado de trabajo en salud (MTS) abarca un conjunto de características demográficas y económicas de la fuerza de trabajo en salud (FTS), tal como fue definida anteriormente en este documento. Esta área de investigación incluye, por lo tanto, la dinámica de la oferta y la demanda de FTS (7), así como la composición interna de dicha fuerza de trabajo en cuanto a categorías profesionales, sexo, edad, salario, autonomía e ingresos (2).

Es importante conocer con detalle la estructura de la FTS y la forma como está siendo efectivamente usada. Por ejemplo, si existe más de una ocupación por profesional, características de la jornada de trabajo, vinculación con los sectores privado y público, nexos con la seguridad social, etc. Las dimensiones de la FTS en cada uno de estos sectores constituyen uno de los pocos indicadores confiables de la participación del Estado y del empresariado en la prestación de los servicios de salud.

Desde el punto de vista metodológico, uno de los estudios de mayor relevancia en esta área es el análisis de tendencias a corto, mediano y largo plazo para evaluar el impacto de la crisis socioeconómica actual en la estructura del MTS. Ello debe hacerse en forma continua, mediante el establecimiento de un sistema de información sobre la FTS, como un subsistema del sistema de información de salud. El objeto es no solo “monitorear” ese sector, sino, además, crear la capacidad de

detectar e interpretar rápidamente aquellos cambios que sean significativos.

También es necesario otro tipo de investigación sobre temas específicos en esta área, independientemente de que estén o no dirigidos a la coyuntura de la crisis actual. Podemos mencionar los siguientes:

1. Absorción selectiva de ciertas categorías de profesionales.
2. Crecimiento, estancamiento o declinación de algunas categorías, en función de las innovaciones tecnológicas en el proceso del trabajo.
3. Comparación de la capacidad de generación de empleos por parte del sector salud con otros sectores terciarios y de la economía como un todo.
4. Participación de mujeres y de jóvenes en la FTS.
5. Procesos de concentración y desconcentración de ingresos en comparación con los trabajadores de otros sectores.
6. Estrategias de supervivencia frente a las dificultades del MTS (combinación de ocupaciones, extensión de la jornada de trabajo, etc.).
7. Evolución de la ocupación en los diferentes sectores, público o privado, asalariado o empresarial.
8. Desarrollo de metodologías para la planificación de carreras en el sector salud.

*Área prioritaria 2—Análisis del personal de salud en la estructura de insumos y tecnología.* En esta área se propone describir y analizar la relación entre la combinación de los insumos y tecnologías y los productos (resultados) obtenidos. Esto equivale a analizar el personal de salud como un factor de la función de producción en salud. La mejor combinación de la estructura de insumos y tecnología varía entre los países, y en un mismo país puede diferir entre áreas o regiones y en el tiempo. Una de las cuestiones centrales en este tema es la definición de mayor eficiencia, productividad y efectividad que puede ser lograda por una combinación más adecuada de dichos insumos.

La operacionalización del producto resultante del proceso de trabajo en salud se define por el aumento de la cobertura con equidad en el acceso y calidad de los cuidados de salud brindados a los grupos sociales según el grado de riesgo.

En un nivel microsocia, se proponen, como subáreas temáticas, los estudios en establecimientos de salud para definir la mejor composición del equipo de salud en los diferentes niveles de complejidad de la red de servicios. Otro subtema se relaciona con estudios de evaluación sobre la sustitución de personal de salud en procesos concretos de trabajo. Se ubica en este tema el desempeño de diferentes categorías del personal y la calidad de las prestaciones con diferentes composiciones. Esto debe desarrollarse junto con investigaciones de servicios de salud.

Estos dos temas del micronivel plantean como cuestión teórico-metodológica si los postulados útiles al estudio de establecimientos de salud pueden ser o no explicativos para agregarlos al sistema de salud. Se debe también estudiar la unidad de análisis: individuos o personas-tiempo, como cuestión teórica y operacional. Recomendamos que este problema sea abordado por equipos de investigación y en él participen economistas y otros científicos sociales.

En un aspecto de macronivel, se señala la importancia de que se estudien las relaciones entre el desarrollo científico-tecnológico en salud y el personal de salud. Se recomienda que se estudien dos aspectos: las relaciones entre los procesos de

generación, difusión, incorporación, utilización y evaluación de innovaciones tecnológicas con la formación de personal de salud y la organización social del trabajo en salud.

Otra dimensión es la influencia del proceso de especialización y de división social y técnica del trabajo en salud sobre la generación de conocimientos y tecnologías. Es decir, debe analizarse el papel del personal de salud en la generación de soluciones tecnológicas innovadoras, ya sea por parte del mismo personal en los servicios o como demanda al sistema de ciencia y tecnología.

Estos estudios permitirían la formulación de propuestas de políticas de desarrollo de ciencia y tecnología en salud. Además, las investigaciones aquí mencionadas deben incorporarse al proceso de formación y de educación continua del personal de salud.

En síntesis, se proponen los siguientes temas de investigación:

1. Análisis de la composición de personal en el equipo de salud en distintos niveles de complejidad de la red de servicios. Determinación de la estructura óptima del personal de salud para cada situación y nivel de la red de servicios.

2. Análisis de la sustitución de ciertos tipos de personal por otros para el desempeño de determinadas funciones.

3. Investigaciones sobre las relaciones entre los procesos tecnológicos y la formación del personal y la organización social del trabajo en salud.

4. Investigaciones evaluativas sobre las propuestas de innovaciones tecnológicas en el sector respecto al papel del personal de salud en la creación o demanda de innovaciones.

*Area prioritaria 3—Sociología de las profesiones.* Se trata del estudio sistemático de los procesos de evolución histórica e institucionalización de los grupos ocupacionales que aspiran o han alcanzado un status profesional en el área de salud, así como de las formas de vinculación con el subsistema en el que operan y con la sociedad en general.

Esta área incluye estudios longitudinales de países individuales y estudios comparativos internacionales sobre los siguientes temas:

1. Emergencia e institucionalización de las profesiones de la salud, incluidos la expansión de las esferas de incumbencia profesional y el desarrollo de ideologías profesionales.

2. Sociología política de dichas profesiones, incluidas su organización corporativa y sus relaciones con: a) el Estado, b) los miembros individuales de la profesión, c) otros grupos profesionales organizados, d) ocupaciones no profesionales, e) organizaciones no estatales encargadas de proveer bienes o servicios en el área de la salud y f) la población en general.

3. Dominio profesional de una profesión sobre otra en el proceso de producción de servicios de salud.

4. Tendencias en el grado de control que los profesionales de la salud ejercen sobre la producción de servicios, incluidas las relaciones de los productores directos con los administradores y los efectos de diferentes métodos de remuneración.

5. Regulación del mercado de trabajo profesional.

*Área prioritaria 4—Proceso educacional.* Como es en el proceso educacional donde se prepara la mayoría de los profesionales y en general el personal de salud, este tiene, por su naturaleza, relación directa con las formas como se produce la atención médica. Dicho proceso constituye un espacio que históricamente precede a la incorporación al trabajo, en otras ocasiones es paralelo a él y se convierte en un proceso continuo al considerar la capacitación fundamental para la productividad. El proceso educacional, en situaciones particulares, puede constituir un espacio para contribuir a la transformación de la realidad.

Con las prácticas históricas en la formación de personal médico, el proceso logró un aprendizaje efectivo a pesar de estar en correspondencia las teorías pedagógicas de la época. Estas formas de aprendizaje han sido adoptadas por otras profesiones y han trascendido los modelos teóricos de la educación y de sus prácticas educativas. El desarrollo de nuevos conceptos basados en aquellas formas de aprendizaje todavía no se han constituido en teorías sólidas y reconocidas para la formación profesional.

Esta formación de personal de salud en el trabajo y con el trabajo, que se ha llamado integración docente-asistencial tiene orígenes, formas y una naturaleza no bien estudiadas y su investigación es importante para determinar futuras políticas de desarrollo y legitimización y para desarrollar técnicas de apoyo y aplicación.

Por consiguiente esta área incluye investigaciones sobre:

1. La interrelación en el sistema de servicios y en el educativo de los elementos del proceso docente-asistencial:

- el estudiante y el docente como recurso asistencial,
- el profesional de servicios como recurso docente,
- la calidad de servicios como producto de la docencia,
- los servicios y la comunidad como objeto del estudio-trabajo,
- las teorías que en las prácticas del proceso de estudio-trabajo se van desarrollando y su validez,
- las políticas públicas que esa interrelación determina para la planificación de recursos humanos y el desarrollo de programas de docencia-servicio, y
- los diferentes tipos de equipo de personal que la práctica integrada de formación y servicio evidencian o conforman en los diferentes niveles de atención.

2. Nuevas metodologías para la formación profesional, para analizar la titulación, legitimización y control de la calidad en relación con el Estado y otras instituciones profesionales:

- la utilidad del perfil profesional como instrumento relacionado con la práctica profesional, la atención de salud y las necesidades de la población,
- la validez del control de calidad en el mejoramiento de la atención y sus técnicas de comprobación.

3. La utilización de los servicios y las prácticas profesionales como fuente de orientación para el proceso de producción de profesionales:

- desarrollar una base real de construcción curricular,
- generar un proceso de evaluación del desempeño que articule el proceso educativo y el proceso de trabajo,
- generar nuevas profesiones de posibles campos de acción en salud,

- conformar no un equipo de salud sino los equipos que las necesidades de las prácticas determinan.

4. Las diferentes formas de educación continua, en el trabajo y a distancia, y su efectividad para mejorar la atención de salud así como sus posibilidades de constituirse en educación permanente:

- formas de escoger y entregar contenidos,
- relaciones de contenidos y medios, y
- el desempeño profesional como control de eficiencia de la educación continua y como medida de la competencia profesional.

5. Investigaciones teóricas y experimentales que fundamenten la relación de la tecnología educacional y de servicio en relación con el problema real y la competencia profesional:

- las prácticas educativas para mejorar la competencia profesional y su eficacia en la estrategia de servicio, y
- analizar las nuevas metodologías educacionales y de salud alternativas en la solución de problemas de salud de diferentes escenarios latinoamericanos.

*Area prioritaria 5—Estudios e investigaciones de apoyo.* El diagnóstico, pronóstico, programación y planificación de los recursos humanos para la salud requiere de un juego de estadísticas básicas que permitan fijar, clara y precisamente, las metas y objetivos que se desean alcanzar en el corto, mediano y largo plazos. Siendo el recurso humano uno de los factores de la producción; este programa de estadísticas básicas debería contemplar la construcción de indicadores que relacionen dicho factor con los otros que intervienen en el proceso y que permitan separar la contribución específica de cada factor.

El programa tendría que identificar las fuentes productoras de datos y debería enfatizar el uso de productores establecidos en los países, tales como las oficinas del censo nacional de población, las direcciones o institutos de estadísticas, los centros de investigación del sector público y las universidades.

Por otro lado, el programa incluiría el desarrollo de metodologías de investigación para la recolección, procesamiento y análisis de la información. Un capítulo debería estar dedicado a la construcción de definiciones operativas, tomando en consideración el método a ser utilizado en el proceso estadístico. La indicación de la frecuencia de producción de información debe constituir parte importante del trabajo; así, deben separarse los indicadores coyunturales de las estadísticas continuas.

Por último, deberían señalarse las funciones que debería tener la unidad operativa de los ministerios u otra entidad que debería ejecutar el programa. Los campos de investigación deberían incluir por lo menos los que se señalan a continuación, que se mencionan sólo a manera de ilustración y no con la idea de que sea exclusivo ni excluyente.

1. Oferta de fuerza de trabajo en salud

- a) Características demográficas: sexo, edad, lugar de nacimiento, lugar de residencia, regiones, división política, nivel educativo, grupos ocupacionales.
- b) Características educativas: oferta potencial del sistema por ocupaciones

- específicas, matrícula por años, deserciones, egresos, especializaciones, internos, residentes, cursos de posgrado, currículos y su dinámica.
2. Demanda de fuerza de trabajo en salud
    - a) Características demográficas: sexo, edad, educación, lugar de nacimiento, profesión, educación.
    - b) Centro de trabajo: título ocupacional, tipo de establecimiento, servicio, programa, lugar de trabajo, tipo de servicios, nivel ocupacional de ingreso, ubicación pública o privada.
    - c) Características económicas: remuneración básica, remuneraciones complementarias, bonificaciones, incentivos, beneficios sociales, posición en la escala remunerativa, nivel de supervisión.
  3. Utilización de fuerza de trabajo en salud
    - a) Instituciones intermedias: servicios públicos de empleo, agencias privadas de colocación, oficinas de personal.
    - b) Niveles de empleo, subempleo y desempleo: variación por establecimientos, programas, sectores, categorías ocupacionales, niveles de educación, sexo, edad e institución educativa de procedencia.

#### *Estrategias generales para impulsar la IPS*

La formulación de una política de investigación sobre personal de salud, tanto a nivel internacional como nacional, presupone la identificación clara y precisa de los problemas susceptibles de investigar, la definición de los objetivos, el establecimiento de los criterios para señalar prioridades, la determinación de las áreas prioritarias y, por supuesto, la definición de los medios para desarrollar la investigación.

En cuanto a las estrategias para impulsar, desarrollar y ejecutar investigaciones sobre personal de salud, el Grupo de Trabajo recomendó la conformación de grupos de cooperación técnica para cada una de las cinco áreas definidas como prioritarias. Estos grupos de cooperación deberían estar formados por personas que, en lo posible, estén trabajando en proyectos de investigación pertinentes a cada área, tanto en la OPS como en los países.

Las funciones de un grupo de tal naturaleza deberían orientarse hacia el fomento de la cooperación internacional, la cual puede referirse al intercambio de información; a la coordinación entre proyectos afines, y a la ejecución de investigaciones conjuntas que permitan comparaciones internacionales.

El grupo de cooperación técnica que se constituya para cada área prioritaria, debería procurar el diseño de un protocolo básico, del que partan los proyectos a nivel de los países, de manera que se asegure la posibilidad real de realizar comparaciones y se justifique el intercambio de información, el apoyo bibliográfico común, las eventuales reuniones del grupo, etc.

El hecho de disponer de un protocolo básico podría ser, además, un incentivo para la formulación de proyectos nacionales y un instrumento que permitiría operacionalizar la cooperación técnica entre la OPS y los países y entre estos mismos, dentro de las restricciones impuestas por la situación financiera general, puesto

que se daría prioridad al uso de los fondos para la ejecución de las investigaciones, dejando un porcentaje reducido para la labor de intercambio y de coordinación.

Con lo que se ha señalado, se hace evidente la necesidad de identificar en un plazo inmediato a los grupos nacionales que estén trabajando en investigación en las diversas áreas prioritarias señaladas. El registro de las características de este personal en el nivel central y a nivel de los países permitiría conocer la disponibilidad de investigadores para la formulación y ejecución de proyectos y podrá abrir, complementariamente, vías para la formación de este personal.

Se considera que el esfuerzo de la OPS y de los países para impulsar el desarrollo y ejecutar investigaciones debe ir de la mano, de una manera coherente, con los esfuerzos para auspiciar la formación de investigadores, no solamente a nivel de maestría, sino también a nivel de doctorado.

Es evidente que el mayor grado de formación de los investigadores garantiza un enfoque metodológico más riguroso del asunto, así como contribuciones teóricas y pragmáticas más profundas y elaboradas para la selección de las situaciones problemáticas.

Es también evidente que los proyectos que se generen a nivel de los países se ubicarán en instituciones orientadas primariamente a la investigación o en instituciones orientadas primariamente al servicio, lo cual depende, en buena medida, de la orientación primaria de la investigación propuesta. Si la investigación se orienta básicamente hacia el avance de la ciencia, la sede idónea será una institución dedicada primordialmente a investigar; si, por el contrario, la investigación está encaminada fundamentalmente a la solución de problemas, su sede será probablemente una institución de servicio.

Este criterio "matricial" no excluye la posibilidad de que en la realidad se den alternativas muy diversas y enriquecedoras. Así, investigadores "profesionales", generalmente ubicados en instituciones que se dedican solo a investigar, podrían colaborar directamente con los administradores de los servicios en proyectos orientados a la solución de problemas. Lo anterior es un buen ejemplo del papel educativo que podría desempeñar la investigación al generar actitudes de mayor comprensión e interacción entre el administrador que no investiga y el investigador que no administra.

#### REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. *Advisory Committee on Medical Research. Research in Health Manpower*. Documento No. ACMR 25/83.16, Ginebra, 1983.
- (2) Nogueira, R. P. Tendencias y perspectivas de la investigación sobre personal de salud en las Américas (véase pág.----).
- (3) Stuhlman, L. y F. Codina. Investigación sobre personal de salud: Análisis de prioridades y orientaciones de política (véase pág.----).
- (4) Véase por ejemplo, Frenk, J., H. Hernández-Llamas y L. Alvarez-Klein. El mercado de trabajo médico. II. Evolución histórica en México. *Gaceta Médica de México* 116 (6):265-284, 1980.
- (5) Edward, R. C., M. Reich y D. M. Gordon (eds.). *Labor Market Segmentation*. Lexington, Mass., D. C. Heath & Co., 1975, p. xi.
- (6) Frenk, J., H. Hernández-Llamas y L. Alvarez-Klein. El mercado de trabajo médico. I. Elementos teóricos y conceptuales. *Gaceta Médica de México* 116 (4): 187-195, 1980.

DISCUSIONES TÉCNICAS, 37ª ASAMBLEA DE LA SALUD:  
 FUNCION DE LAS UNIVERSIDADES EN LAS ESTRATEGIAS  
 DE SALUD PARA TODOS

Más de 350 delegados de casi todos los Estados Miembros de la OMS tomaron parte en las Discusiones Técnicas celebradas durante la 37ª Asamblea de la Salud (mayo de 1984) sobre el tema «Función de las universidades en las estrategias de salud para todos». Entre los participantes figuraban más de 80 universitarios—rectores, vicerrectores, catedráticos de medicina, así como 30 decanos—además de ministros de salud y de otros departamentos. Actuó de Presidente General el Profesor David Hamburg (Estados Unidos de América), Presidente de la Carnegie Corporation y ex Presidente del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos.

En la resolución adoptada (WHA37.31) por la Asamblea sobre el tema, se instó a los Estados Miembros a que fomentaran en las universidades y otras instituciones de enseñanza superior la inclusión de los conceptos sociales y técnicos de la salud para todos en la formación de todas las categorías de estudiantes. Se invita asimismo a las universidades de todos los países a que den a conocer el objetivo de la salud para todos gracias a la enseñanza integrada, la colaboración con los gobiernos y la educación del público en general. También se pidió al Director General de la OMS que asumiera un papel directivo favoreciendo la participación de las universidades en las estrategias de salud para todos, gracias a la defensa de la función de las universidades, la difusión de informaciones y el apoyo a los gobiernos.

Seguidamente se transcribe el informe que el Profesor Hamburg presentó a la Asamblea, el 14 de mayo de 1984, sobre las Discusiones Técnicas.

*Los problemas que encaramos: El contexto del esfuerzo de la OMS en materia de salud para todos*

La raza humana es una sola especie, interdependiente y distribuida en todo el mundo. Lo queramos o no, estamos íntimamente unidos los unos con los otros en todo el planeta. Oriente y Occidente, Norte y Sur, nuestro destino es colectivo. Por lo tanto, la percepción global de la salud humana es ahora más esencial que nunca, y la OMS es el punto focal lógico para esa empresa.

La mayor parte de la población del mundo no puede todavía dar por asegurada su capacidad para satisfacer las necesidades básicas de alimentos, agua, vivienda y otros factores esenciales para la supervivencia. ¿Por qué existen aún amenazas tan prevalentes a la supervivencia cuando la ciencia y la tecnología modernas han hecho contribuciones tan enormes al bienestar humano? Al considerar esta cuestión, debe prestarse especial atención a los países en desarrollo, en los cuales habitan casi las tres cuartas partes de la población del mundo, y a la naturaleza de su relación con los países desarrollados. En muchas partes del mundo en desarrollo están mermando los recursos críticos para la supervivencia y el desarrollo: tierra, agua, madera y pesquerías. La falta generalizada de recursos y la morbilidad constituyen una carga excesivamente onerosa.

Los problemas que encaran las modernas naciones industriales se vinculan con condiciones sociotécnicas que solo muy recientemente se han manifestado en la evolución de la especie humana: la magnitud y el ritmo del cambio dificultan la formulación y aplicación de soluciones a estos problemas, lo cual requiere mayores investigaciones. En los países en desarrollo el cambio de lo antiguo a lo nuevo está sucediendo aún con mayor celeridad, y ha sido parcial-

mente impuesto desde afuera. Estas naciones tienen ante sí problemas sumamente arduos. En gran parte de Africa, Asia y América Latina el enorme crecimiento demográfico y la pobreza abyecta han contribuido a la existencia de problemas sanitarios extremadamente graves, que presentan un enorme obstáculo al desarrollo y al progreso social sostenidos. Su carga de mortalidad temprana e incapacidad a largo plazo es excesivamente pesada. La malnutrición y las enfermedades infecciosas cobran las vidas de muchísimos niños antes de su primer año de vida e incapacitan de por vida a muchos de los que sobreviven. El carácter marginal de la subsistencia intensifica la susceptibilidad a una amplia gama de enfermedades.

#### *Las condiciones socioeconómicas y la enfermedad*

La investigación ha identificado la existencia de fuertes nexos entre las condiciones socioeconómicas y la morbilidad. Entre los ejemplos que se pueden mencionar se cuentan la tuberculosis, la amebiasis, las enfermedades causadas por deficiencias vitamínicas, el cólera, la malaria, el sarampión, la intoxicación por plomo, la fiebre reumática, la aterosclerosis, la obesidad y muchas otras enfermedades.

Los pobres corren un alto riesgo de padecer una gran variedad de enfermedades, entre las cuales se destacan en forma prominente las enfermedades infecciosas. Este hecho es trágicamente irónico cuando se tiene en cuenta que en las sociedades técnicamente avanzadas han disminuido radicalmente las enfermedades infecciosas. En esos países las enfermedades infecciosas han cedido frente a una combinación constructiva de nutrición adecuada, agua salubre, saneamiento eficiente, reducción del tamaño de la familia, inmunizaciones y antibióticos. Esencialmente este descenso de las enfermedades infecciosas representa el mayor progreso realizado en materia de salud en la historia del hombre. Al propio tiempo, sin embargo, los trastornos crónicos no transmisibles y las enfermedades, accidentes e incapacidades ocupacionales se han acrecentado extraordinariamente, y su prevención y control plantean nuevos desafíos a la investigación y a los programas de salud basados en la comunidad.

Pero no es menester que aguardemos hasta la eliminación última de la pobreza u otras formas de mala distribución de los recursos de la sociedad. Existen muchos ejemplos de intervenciones útiles y de bajo costo para disminuir el flagelo de las enfermedades infecciosas y otras enfermedades, intervenciones que se pueden aplicar ahora, simultáneamente con los esfuerzos más amplios emprendidos por los países para mejorar sus condiciones socioeconómicas:

- 1) La atención prenatal, especialmente en época temprana de la gestación, con particular referencia a las medidas sencillas para prevenir la enfermedad.
- 2) La educación durante el embarazo, poniendo el acento en la buena atención de la madre y el niño, con especial referencia a la nutrición; el espaciamiento de los nacimientos respecto de las gestaciones siguientes; la atención personal de la propia salud en el contexto de una prevención sencilla de la enfermedad; y la orientación encaminada a mejorar las perspectivas de vida de la madre joven después de su embarazo.
- 3) El estímulo y la facilitación del amamantamiento prolongado.
- 4) Las inmunizaciones.
- 5) La rehidratación oral para las enfermedades diarreicas, incluida la educación de las madres respecto de la oportunidad y forma de efectuar el procedimiento.
- 6) La orientación en el uso de alimentos de destete propios del lugar, de acuerdo con las circunstancias locales.
- 7) El empleo de gráficas de crecimiento sencillas en grupos comunitarios para detectar anticipadamente los signos de la malnutrición.
- 8) La educación preescolar organizada por la comunidad, concurrentemente con la suplementación alimentaria y la inmunización *in situ*.

9) Las clínicas comunitarias, atendidas primordialmente por trabajadores comunitarios de salud, ubicadas en lugares accesibles, con un equipamiento básico de vacunas esenciales, antibióticos, fluidos de rehidratación oral y una tecnología sencilla de planificación de la familia, y orientadas a educar a la población respecto de la forma de adoptar medidas de prevención de la enfermedad en sus comunidades.

10) En general, la movilización de la comunidad, con el empleo de todos los recursos disponibles en el ámbito local y el respaldo de las medidas y el apoyo gubernamentales pertinentes, puede ser uno de los instrumentos más poderosos para combatir y disminuir la carga de la mala salud, tanto la relacionada con la pobreza como con la prosperidad.

Esas medidas se basan fundamentalmente en la iniciativa local, la organización comunitaria para la salud y la educación pública en salud. Las comunidades pobres de todo el mundo pueden avanzar con este rumbo. El espíritu y el talento del hombre están presentes en todas partes. Se les puede unir a la capacidad técnica y a la dedicación profesional necesarias, junto con una cuantía razonable de recursos para hacer la obra. Con todo, se necesita la capacidad institucional para allegar el conocimiento bien fundamentado, adecuado a las circunstancias, y fomentar su sensata aplicación.

#### *Salud, recursos humanos y desarrollo*

Un gran acervo de estudios eruditos indica que la inversión en las personas y el conocimiento constituye un factor decisivo para lograr el desarrollo nacional y el bienestar humano. Las capacidades de las personas—logradas gracias a las inversiones que fomentan la educación, la experiencia informada, la acumulación de pericias y la salud—son fundamentales para el progreso social. Estos factores vitales del bienestar humano están íntimamente relacionados con la productividad económica tanto en los países pobres como en los ricos. Los recursos humanos son los más vitales de todos los recursos. Estos recursos se deben ubicar ahora en un nuevo contexto, teniendo en cuenta la transformación de la sociedad moderna como resultado de la enorme influencia de la ciencia y la tecnología y también de la profunda interdependencia del mundo contemporáneo.

Los recursos humanos son elementos centrales en la empresa de mejorar las oportunidades de desarrollo en el futuro. Para fortalecer los recursos humanos es imperativo que los niños y las familias tengan un sano principio: buena salud, educación básica, familias de tamaño viable y nutrición adecuada.

Puesto que las ciencias nos proporcionan nuestro más poderoso instrumento para la solución de problemas, es esencial que, en la máxima medida posible, concentremos las virtudes de las ciencias en estos problemas. La tarea requiere un intenso esfuerzo encaminado a saber qué puede extraerse de los esfuerzos del desarrollo económico y social durante los pasados decenios, separando éxitos de fracasos y tratando de identificar elementos positivos en los que se puedan asentar futuros esfuerzos de valor concreto.

Una necesidad fundamental de los países en desarrollo es realzar las pericias vinculadas con una amplia gama de problemas críticos relativos a la salud, la educación, la nutrición y la población. Una educación apropiada es fundamental para comenzar a resolver todos estos problemas.

Las contribuciones positivas al desarrollo humano individual pueden dar ímpetu al desarrollo social. Los estudios realizados en muchas partes del mundo revelan que la educación puede influir profundamente en la fecundidad, la salud infantil y la nutrición, un hecho que tiene grandes consecuencias para las estrategias de desarrollo. Por ejemplo, la investigación muestra que la educación de las jóvenes es una intervención señaladamente prometedora en las comunidades menos desarrolladas. Es una potente inversión en el crecimiento económico y el bienestar futuros, incluso en los medios en los cuales las mujeres no se incorporan en la fuerza

de trabajo. La mayor parte de las jóvenes en zonas rurales llegan a ser madres y ejercer una influencia crucial sobre sus hijos. Los estudios en materia de salud llevados a cabo en algunos países en desarrollo ponen de manifiesto que los niños tienen menos propensión a morir cuanto más educadas son sus madres, incluso cuando se tienen en cuenta las diferencias en el ingreso familiar. En la esfera de la nutrición un estudio ha demostrado que, en los hogares encuestados, en cualquier nivel de ingreso, las familias estaban mejor alimentadas cuanto mayor era la educación de la madre. En materia de fecundidad, la educación demora el matrimonio para la mujer, en parte porque realiza sus posibilidades de empleo; por otra parte, es mayor la probabilidad de que las mujeres educadas comprendan el uso de los anticonceptivos y planifiquen un mayor espaciamiento de los nacimientos.

#### *La naturaleza del objetivo de salud para todos*

En 1978 los Estados Miembros de la OMS se comprometieron en Alma-Ata a dar apoyo a un esfuerzo global por promover la salud para todos en el año 2000. Dicho compromiso tuvo su origen en la idea de que el desarrollo se debía basar en la autorresponsabilidad, la participación de la comunidad y la justicia social. La OMS es el principal símbolo de la salud en el mundo, con un acceso singular a las diversas instituciones públicas y privadas de los Estados Miembros. Es la fuerza más importante para que se preste permanente atención a la salud en todo el mundo. Ha estimulado esfuerzos concertados por garantizar un nivel mínimo aceptable de atención primaria de salud para todos al final del siglo. En particular debido a que los recursos para la atención sanitaria en muchos países son extremadamente restringidos, en Alma-Ata se puso el acento primordialmente en la "educación sobre los principales problemas de salud y los métodos de prevención y de lucha correspondientes". A este fin es esencial la educación sanitaria, y en las Discusiones Técnicas de la 36ª Asamblea Mundial de la Salud en 1983 se prestó la debida atención a las nuevas políticas relativas a la educación sanitaria en atención primaria de salud. Para que pueda haber progresos en salud y en educación sanitaria se deben evaluar las necesidades de las comunidades y de las poblaciones, se deben arbitrar medios para satisfacer las necesidades y las poblaciones deben desarrollar capacidades para resolver sus propios problemas.

La salud para todos en el año 2000 es un objetivo y un proceso encaminados a incorporar a cada uno de los países del mundo en un programa permanente de prestación de atención primaria de salud a toda su población. El mejoramiento de la salud de la población de cada país mediante una cobertura ampliada de la atención primaria de salud se debe considerar como una expresión valiosa de la equidad social y como una inversión nacional de recursos—demostrablemente justificada—en "capital humano" para el desarrollo social y económico. Esta doble perspectiva se aplica tanto a los países más desarrollados como a los países en desarrollo. Tarea tan importante y difícil requiere el concurso de instituciones relativamente fuertes en cada sociedad y el establecimiento de relaciones de cooperación entre ellas.

Las Discusiones Técnicas se concentraron en las funciones de las universidades y gran parte de las deliberaciones giró en torno de los problemas de las relaciones entre universidades y ministerios de salud y de las oportunidades que se les presentan a las universidades para establecer una relación más constructiva con sus comunidades, en el espíritu de salud para todos. No se olvidó, sin embargo, que en su significado más fundamental la salud para todos se orienta a fomentar la equidad en la atención de salud, en el marco de una consecución más general de la justicia social en el desarrollo. Los conceptos en los que se sustenta el objetivo de salud para todos constituyen desafíos específicos a la atención sanitaria y a los recursos humanos en salud, por ejemplo, la cobertura universal con servicios efectivos. Las universidades pueden cumplir funciones cruciales mediante la investigación y la educación y en sus relaciones con las comunidades para coadyuvar a establecer sistemas efectivos para lograr estos objetivos.

*El potencial de las universidades en las estrategias de salud para todos*

Hay una amplia gama de establecimientos de enseñanza superior, a los que llamamos universidades solo para abreviar, que constituyen un poderoso activo potencial de esta gran empresa. Las históricas misiones que cumplen en materia de educación, investigación y servicio son altamente idóneas, en principio, para la mejora de la salud de las poblaciones. Las universidades constituyen grandes reservas de talento, competencia intelectual técnica y son capaces de suscitar la cooperación de instituciones nacionales e internacionales del campo del saber. Tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, se pueden poner de relieve estos instrumentos en beneficio último de la sociedad, dentro de los países o entre ellos.

Si las universidades reconocen que la salud es una esfera de interés importante en la justicia social y el desarrollo humano, es indudable que estas instituciones deben formular mecanismos apropiados para hacer una contribución significativa al esfuerzo nacional y global de promoción de la salud. En este quehacer existe una necesidad imperativa de desarrollar una matriz efectiva entre disciplinas y establecer puentes entre estas instituciones y el gobierno, por un lado, y la sociedad, por el otro. Deben empeñarse en adaptar sus programas educacionales al contexto ecológico apropiado y a diferentes etapas del desarrollo. Al reorientar sus sistemas educativos tradicionales, deben estar dispuestas a jerarquizar la condición intelectual de los problemas de la comunidad y a prestar una seria atención investigativa a las esferas del desarrollo nacional y la salud mundial.

El peso de la enfermedad puede disminuirse mediante un mejoramiento de las condiciones de vida y una ampliación de la cobertura de los sistemas de atención de la salud, la concreción del potencial de la prevención, la formulación de políticas sanitarias a la luz de esas preocupaciones por la salud y una amplia receptividad, en todos estos ámbitos, a la innovación evaluada en forma sistemática. Las universidades pueden hacer una contribución sustancial en cada una de estas modalidades. En la investigación las universidades pueden coadyuvar a reducir aún más las pesadas cargas de la morbilidad por conducto de una cabal ampliación del ámbito de las ciencias de la salud, desde la comunidad, pasando por su presencia en la cabecera del lecho del enfermo, hasta la sala del laboratorio. En esta perspectiva, las ciencias de la salud van más allá de las disciplinas biomédicas e incluyen las ciencias epidemiológicas, bioestadísticas, sociales y del comportamiento necesarias para obtener datos exactos sobre toda la gama de intervenciones que afectan a la salud.

¿De qué manera pueden las universidades en los países en desarrollo llegar a ser más útiles en el fortalecimiento de una capacidad para la educación básica, la educación en salud, la investigación orientada hacia la salud y la atención primaria de salud? ¿Qué pautas de cooperación internacional son más útiles para fomentar estas finalidades? ¿Qué lecciones de ingeniosidad se pueden aprender respecto de la forma de dar a los niños de todos los países un sano principio de vida? ¿Qué medidas llevan lógicamente hacia el fortalecimiento de las capacidades de investigación y educación en los países en desarrollo para que estos puedan enfrentar sus propios problemas, en sus propios contextos?

Las universidades pueden configurar nuevas combinaciones de talentos para soslayar los contornos de los problemas complejos en el desarrollo de los recursos humanos y dar soluciones cada vez mejores a los problemas vinculados con la salud. Pueden ahondar el interés de la comunidad de científicos y estudiosos en estos problemas. Pueden vincular sistemáticamente a esta comunidad con los grupos directivos en distintos países. Pueden fomentar la divulgación de síntesis inteligibles y bien fundamentadas de información actualizada sobre las cuestiones de recursos humanos.

La comunidad científica y técnica de los países más desarrollados representa un enorme acervo potencial para los países en desarrollo, siempre que se puedan identificar los medios para que esa comunidad comprenda más profundamente los problemas y las oportunidades que existen en el mundo en desarrollo y siempre que se puedan fortalecer los mecanismos

actuales o formular otros nuevos para asegurar una cooperación técnica eficaz en el largo plazo. Las universidades pueden desempeñar una función útil en la reunión de autoridades de todas las disciplinas, sectores y países para que se concentren en estos problemas y establezcan arbitrios para estudiar, poner a prueba y divulgar ideas. Las universidades pueden también explorar los medios para alentar a la comunidad científica y técnica a realzar su papel directivo con miras a orientar a los países técnicamente más avanzados hacia las soluciones de los problemas del desarrollo humano.

Un punto focal importante de la investigación y la acción es el medio social, económico y de comportamiento en el cual se adoptan las decisiones sobre atención de lactantes y niños en las comunidades en las cuales viven. La educación materna es un factor crucial para reducir la mortalidad en la infancia y en la niñez. La educación materna inculca, entre otros beneficios, actitudes positivas y pericias respecto de la atención sanitaria, la alimentación del lactante, la conveniencia de dar igual alimentación a los niños de ambos sexos y mejores prácticas de crianza de los niños. El análisis de la mortalidad en los primeros años de vida en los países menos desarrollados revela la conveniencia de diversas intervenciones eficientes de atención primaria de salud, muchas de las cuales pueden ser aplicadas no sólo por los trabajadores de salud, sino también por los padres. La comprensión y el apoyo maternos a esas medidas se pueden realzar mediante la alfabetización básica y la educación específica para promover un comportamiento favorable a la salud. Las ciencias biomédicas y del comportamiento deben colaborar en esa tarea.

Hay una gran necesidad de fortalecer el acervo de conocimientos en salud y comportamiento en el mundo en desarrollo mediante investigaciones estrechamente relacionadas con las características del país, con especial referencia a los arbitrios por conducto de los cuales la educación pública podría fomentar efectivamente unas pautas de vida que protejan contra los principales factores de riesgo. Estas providencias llevarán lógicamente a fortalecer las capacidades educacionales e investigativas en los países en desarrollo para atender estas importantes—y descuidadas—cuestiones al nivel de la comunidad. Las universidades pueden desempeñar una función catalizadora y directiva para señalar estas necesidades y oportunidades a la atención del mundo.

Algunos países en desarrollo han hecho grandes progresos en materia de educación, salud, planificación de la familia y nutrición. Otros países han logrado mucho menos. Es sumamente importante analizar estas experiencias y aprender lo más posible acerca de los factores básicos y principios generales que contribuyeron a su éxito. Las universidades pueden buscar arbitrios eficaces para comprender mejor la naturaleza y las fuentes de ese progreso, identificar modelos específicos que se puedan aplicar en otras partes del mundo y en mayor escala, y obtener un entendimiento más esclarecido de la forma en que otros países podrían absorber y aplicar esas experiencias.

Las universidades pueden contribuir a promover la salud velando por que todos sus estudiantes adquieran una comprensión razonable de la biología y el comportamiento humanos y de los determinantes sociales de la salud. Las ciencias biológicas ofrecen una oportunidad singular para estimular el interés en la ciencia y para aprender a encarar más efectivamente las cuestiones que preocupan profundamente a la humanidad. Un objetivo importante en la comprensión de la biología humana es lograr mejores soluciones—con menos contienda y una mayor participación pública informada—de los aspectos biológicos de los problemas sociales, como los riesgos ambientales. El conocimiento de la biología humana es particularmente relevante en las decisiones relacionadas con la salud, decisiones respecto del uso de sustancias como el alcohol, el tabaco o las drogas, de la adopción de dietas y regímenes de ejercicios sanos y también de la oportunidad y la forma de acudir a los servicios de atención de salud. En consecuencia, la educación en salud es un derivado potencialmente importante de la educación en las ciencias biológicas.

Los siguientes ejemplos, que ilustran modelos innovadores e instructivos de interacción de la universidad (incluidos sus componentes) con los ministerios y la sociedad, reflejan el gran

potencial de estas instituciones para influir positivamente en la salud de la comunidad mediante una medición y redefinición pragmática de sus funciones en el desarrollo.

En un primer contexto, los ministerios de salud colaboran con la universidad, en pie de igualdad, en la planificación y la formulación de políticas, incluidos los esfuerzos encaminados a adquirir un entendimiento común a largo plazo de la función de los médicos en el futuro.

En un segundo contexto hay dos iniciativas, a saber:

- Un comité coordinador de alto nivel compuesto por representantes de la universidad y del ministerio de salud con el cometido de formular las políticas de salud y el plan de acción esencial para aplicarlas;

- Un centro de investigación y desarrollo de la atención primaria de salud, administrado y dotado de personal conjuntamente por la universidad y el ministerio, con la misión de analizar los problemas técnicos y de gestión del sistema de atención primaria de salud.

En un tercer contexto las universidades participan en la formulación de políticas en virtud de un mecanismo establecido por ley. Además, el ministerio alienta y apoya, con una financiación directa, la labor de la universidad en la investigación de servicios de salud.

En algunas partes las universidades utilizan modelos investigativos de enseñanza y servicios de salud con especial referencia a los problemas y servicios de salud de poblaciones definidas.

En otro contexto se aplicó un ejemplo de enfoque de la educación en salud, orientado hacia una población completa, el cual podría ser utilizado por otras universidades y ministerios: un programa educacional, preventivo y terapéutico para las enfermedades cardiovasculares en un país desarrollado que se tradujo en una importante reducción de estas enfermedades, incluida la mortalidad cardiaca y cerebrovascular, en poco más de un decenio.

Por último, se ha establecido un instituto internacional para el fomento de la salud que utiliza los cuadros docentes de las universidades para examinar la problemática del desarrollo en los países en desarrollo, actividad que se financia con recursos extrapresupuestarios fuera del sistema universitario.

Es importante comprender que los ejemplos anteriores en modo alguno agotan todas las posibilidades. Las escuelas de medicina dependen de diferentes organismos e instituciones oficiales. Pueden formar parte de las universidades y, por lo tanto, depender de los ministerios de educación. En otras partes pueden funcionar como institutos dependientes de los ministerios de salud o pueden ser instituciones autónomas. Sea cual fuere el contexto institucional, las universidades pueden participar en los esfuerzos nacionales encaminados a la consecución del objetivo de salud para todos.

En los últimos decenios las naciones técnicamente más avanzadas han prestado exigua atención, en las esferas de la investigación, la educación y la práctica, a algunos de los problemas de morbilidad más importantes del mundo contemporáneo. ¿Cómo pueden las naciones más desarrolladas ayudar a mejorar la situación de salud en los países en desarrollo? Un arbitrio importante a ese fin es la investigación, incluidas las actividades de fortalecimiento institucional en los países en desarrollo para que estos puedan encarar sus propios problemas. Entre las esferas prioritarias se cuentan las siguientes:

- 1) la evaluación epidemiológica de necesidades específicas;
- 2) los estudios de la eficacia, organización y costo de los servicios sanitarios;
- 3) la aplicación de la biología molecular a las enfermedades parasitarias, con fines preventivos;
- 4) la formulación de un mayor número de métodos de control de la fecundidad, con especial referencia a su aceptabilidad cultural y la viabilidad de su uso;
- 5) el esclarecimiento de las relaciones entre salud y comportamiento, con especial referencia al amantamiento, la nutrición, la atención del niño, el saneamiento, el uso del agua y la planificación de la familia.

Lo que se necesita, fundamentalmente, es una mayor conciencia por parte de la comunidad científica de las oportunidades existentes, ya que incluso el hecho de que se prestara un poco más de atención a estos problemas podría producir grandes beneficios.

A finales del decenio de 1960 se echó de ver la apremiante necesidad de intensificar los esfuerzos de investigación a fin de elaborar mejores métodos para prevenir y tratar muchas enfermedades, especialmente en los países tropicales. Ello ha llevado a un explosivo desarrollo de las actividades de investigación de la OMS, posibilitado principalmente por las generosas contribuciones voluntarias de los Estados Miembros a los "programas especiales" de investigación y capacitación en investigaciones en materia de enfermedades tropicales, enfermedades diarreicas y reproducción humana. Los presupuestos anuales combinados de estos tres programas pasan ahora de US\$50 millones. Además de las contribuciones directas de los Estados Miembros, es importante señalar que también se recibe apoyo del Banco Mundial, el PNUD y el UNICEF.

Más de 500 departamentos universitarios y muchos miles de hombres de ciencia participan activamente en estos esfuerzos de investigación, realizados en el marco de una coordinación internacional, respecto de algunos de los más importantes problemas de salud del mundo. Los problemas son identificados por una junta en la cual la mayoría de los miembros son designados por los gobiernos de los países menos desarrollados. Los programas son luego administrados en la forma de consejos de investigación por grupos de expertos científicos en las cuestiones vinculadas con el problema. Los esfuerzos de investigación abarcan toda la gama desde los trabajos de laboratorio ultracomplejos hasta las investigaciones de campo. Los proyectos no están restringidos a los departamentos de las facultades de medicina, pues cuentan además con el concurso de los departamentos de las ciencias naturales y sociales, así como también la tecnología y la industria. Además de estos proyectos de investigación, el fortalecimiento institucional en los países en desarrollo representa también una importante inversión a largo plazo encaminada a crear unidades viables de investigación.

Estos programas, por otra parte, acrecientan la comprensión y el interés de la comunidad académica, incluidos los estudiantes, en las universidades en las cuales se llevan a cabo. Un medio muy importante para fomentar la participación de las universidades es aumentar los esfuerzos de investigación en el marco de la modalidad antes señalada, esto es, incrementando las contribuciones voluntarias con destino a estos esfuerzos multilaterales.

Una cuestión muy diferente es la relativa a la utilización y aplicación de los nuevos conocimientos por parte de las autoridades nacionales de salud. Cabe mencionar dos ejemplos de las modalidades por conducto de las cuales la OMS puede actuar como agente catalizador en este proceso.

En los primeros tiempos del programa de las enfermedades diarreicas, el Director Regional de la Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental (SEARO) organizó reuniones de las autoridades sanitarias competentes y de expertos médicos de los siete países vecinos. En esas reuniones se examinaron el estado de los conocimientos científicos y los esfuerzos de investigación que serían necesarios. Se convino en constituir comités nacionales de todos los interesados para preparar planes de acción nacionales. Estos planes fueron presentados y analizados en una siguiente reunión. Se estableció así una activa cooperación entre los hombres de ciencia y los ministerios. Además, se fortaleció la cooperación entre las autoridades sanitarias de los países vecinos y entre los hombres de ciencia.

Otro enfoque en proceso de formulación conjuga los esfuerzos de pares de países pequeños—uno menos desarrollado y el otro más desarrollado—y de la OMS. El ministerio de salud del país menos desarrollado constituye un comité en el propio ministerio compuesto por las autoridades de salud, las universidades y el consejo de investigaciones. Al identificarse los problemas de salud se formulan planes de investigación y de capacitación para la investigación. El programa se financia con un compromiso trienal de la organización de asistencia del país más desarrollado, que también compromete su concurso para obtener los expertos necesarios

para las universidades en el país en desarrollo. La OMS participa también en la financiación y contribuye de diversas maneras.

Estos ejemplos muestran la forma en que la OMS ha alentado la participación de las comunidades académicas en unos vigorosos esfuerzos de investigación sanitaria. El progreso científico y sus aplicaciones de salud se podrían acelerar si se volcara incluso una parte minúscula de la asistencia bilateral al apoyo multilateral de esas actividades.

*Más allá del pesimismo: Un movimiento en marcha*

Un aspecto notable de las Discusiones Técnicas fueron la falta de pesimismo acerca de las posibilidades de lograr una mayor participación de las universidades en el esfuerzo de salud para todos y la convicción colectiva de que es importante hacerlo. Las discusiones preparatorias habían puesto de manifiesto la actitud prudente de las universidades, la crisis financiera que aflige a la mayor parte de ellas, la tendencia al aislamiento de su cuadro docente y el hecho de que muchos docentes universitarios tienen un exiguo conocimiento del movimiento de salud para todos. Sin embargo, esa evidencia se equilibra con otras manifestaciones evidenciadas durante las Discusiones Técnicas: que muchas universidades conocen el objetivo de salud para todos y se interesan en él; que están buscando nuevos arbitrios para hacer una contribución social útil; que ya están desarrollando diversos enfoques innovadores de las relaciones con las comunidades y de las responsabilidades educacionales e investigativas relacionadas con el movimiento de salud para todos.

Las Discusiones Técnicas, en lugar de escarbar el suelo a fin de determinar si es fértil para sembrar unas pocas semillas, han encontrado abundantes campos en flor. La variedad es grande; algunas plantas son delicadas y frágiles; otras son fuertes y están desarrollándose; también hay algunas hierbas malas. Sin embargo, el movimiento está en marcha. La OMS y sus Estados Miembros y otras partes interesadas tienen ante sí una oportunidad de fomentar ese movimiento.

Aunque el *locus* de la responsabilidad directiva dentro de la universidad respecto de su participación en los programas comunitarios de servicios de atención primaria de salud no siempre ha sido el mismo, el papel predominante ha correspondido a las escuelas de medicina. Estas escuelas se han concentrado tradicionalmente en la prestación de servicios de atención especializada en hospitales. La adición de nuevos conceptos de servicios de atención primaria de salud ha ampliado y extendido el contexto de servicio hasta incluir actualmente el sistema de atención comunitaria de salud en su totalidad. Las escuelas de salud pública con frecuencia han aportado, por un lado, su percepción conceptual de los problemas y servicios de salud desde el punto de vista de la población general y, por el otro, las disciplinas académicas necesarias para respaldar las actividades de investigación y educación en estos problemas. Las escuelas de enfermería pueden hacer un aporte sustancial a estos esfuerzos, especialmente cuando se tiene presente la mayor atención que la profesión está prestando, en el plano internacional, a la atención primaria de salud de orientación comunitaria.

La participación de la universidad en los servicios de atención primaria de salud es, por lo común, multidisciplinaria; la composición específica varía según las instituciones, de acuerdo con las necesidades particulares del programa comunitario. Aunque predominan las escuelas de medicina, enfermería, salud pública y profesiones afines de la salud, también se ha contado con el concurso de las escuelas de otras profesiones de la salud, las ciencias sociales y del comportamiento, la ingeniería civil y la administración pública. Las universidades, a veces, han creado una dependencia especial, adscrita por lo común a una escuela o departamento, con el carácter de punto focal para coordinar internamente la participación de la institución. Esa dependencia sirve también de nexo entre la institución y otras organizaciones que participan en el programa de atención primaria de salud, cumpliendo las funciones de administración de programas que puedan caberle a la institución.

La participación de las universidades en los programas de atención primaria de salud incluye comúnmente una combinación de servicios, enseñanza e investigación en actividades locales basadas en la comunidad. Se pueden mencionar los siguientes ejemplos:

- Asistencia técnica en la planificación, organización, ejecución y evaluación del programa comunitario;
- Educación continua para todos los profesionales de salud en el programa, incluidos el establecimiento y la administración de centros accesibles de información y materiales actualizados sobre el terreno;
- Prestación de servicios de atención primaria de salud sobre el terreno por parte de preceptores y estudiantes en la etapa de formación clínica;
- Investigación en epidemiología clínica básica y aplicada para: evaluar las necesidades sanitarias de la comunidad; determinar las prioridades de asignación de recursos; establecer metas provisionales, cuantificar los progresos realizados y evaluar la efectividad de los programas;
- Evaluación de la efectividad en función del costo de tecnologías alternativas de atención primaria de salud y diversas estructuras institucionales para la prestación de servicios de atención primaria de salud.

La participación de la universidad en las actividades de atención primaria de salud tiende a legitimar los nuevos enfoques adoptados, por ejemplo, en la promoción de nuevas actividades para las parteras tradicionales. Los programas precursores de atención primaria de salud en el contexto comunitario en los que participan las universidades son comúnmente multiinstitucionales en dos aspectos importantes.

Primero, se ha contado habitualmente con la participación de otras instituciones de enseñanza superior, ajustándose cada una a su propia misión, preferencias, competencias y recursos disponibles, en redes o consorcios colaborativos. Una de las instituciones asume típicamente una función directriz del esfuerzo colaborativo.

Segundo, las instituciones y organizaciones de la comunidad extraacadémica han solido asociarse a la iniciación, planificación y ejecución de los programas. Los participantes han sido gobiernos locales, grupos cívicos comunitarios, instituciones de atención de salud, asociaciones de profesionales, empresas comerciales industriales y entidades filantrópicas locales. Es común que se formen coaliciones para administrar programas, siendo habitual que una de las organizaciones gubernamentales o comunitarias asuma una función directiva. La participación colaborativa de estos grupos ha tendido a fomentar un espíritu de autorresponsabilidad comunitaria en la expansión de la cobertura de atención primaria de salud para incluir a todos los integrantes de la comunidad.

En los programas, según las necesidades sanitarias de la población atendida, se pueden prestar servicios de atención primaria de salud en diversos aspectos: prevención, curación, mejoramiento y rehabilitación. Es evidente, pues, que existe ya un vigoroso empeño común en el fomento de la salud y la prevención de la enfermedad, y que en diversos contextos se ejecuta una serie de programas de educación en salud para los integrantes de la comunidad.

Se han enunciado tres principios relativos a una acción eficaz de las universidades en este ámbito:

- 1) La misión y finalidad de la institución deben tener en cuenta las necesidades de la sociedad;
- 2) Debe haber un compromiso a largo plazo compatible con la esencia de la política y acción de la universidad;
- 3) Los incentivos en favor de la acción del cuadro docente por la labor fuera de la universidad, esto es, en la comunidad, deben ser idénticos a los que se aplican a la labor dentro de la institución.

Una cuestión afín es la relacionada con la naturaleza del compromiso institucional. En algunos casos el compromiso es asumido por la universidad *qua* entidad organizada y sus diversas partes obran de conformidad. En otros casos es más apropiado que las dependencias o el personal académicos emprendan actividades con independencia dentro del marco de los procedimientos establecidos de la universidad.

*Obstáculos que se oponen a que las universidades hagan realidad su potencial dentro de las estrategias de salud para todos*

Si bien el potencial o la importancia de las contribuciones de la universidad a los esfuerzos de salud para todos son indudables, todavía existen obstáculos que se les oponen.

Algunos obstáculos se vinculan con las universidades mismas. Con frecuencia se observa que las universidades:

- Tratan de adaptarse estrictamente al modelo de las instituciones establecidas;
- Se concentran tan intensamente en sus actividades médicas tradicionales basadas en el hospital y la especialización disciplinaria que se aíslan de las demás necesidades de salud de la sociedad;
- Están muy aferradas a la tradición y se resisten al cambio; como lo ha observado un grupo, "acaso sea más fácil mover una montaña que cambiar el plan de estudios de una universidad";
- Suponen, sin fundamento, que si la enseñanza y la investigación se orientan hacia la comunidad, ello se traducirá en un deterioro del nivel de calidad;
- Se compartamentalizan tanto que es difícil establecer relaciones de colaboración entre sus partes;
- No están estrechamente vinculadas con sus comunidades o regiones respectivas y sólo tienen una percepción tenue de los problemas u oportunidades de salud en el plano mundial;
- Interpretan erróneamente los conceptos de libertad y autonomía académicas de una forma que coadyuva a su aislamiento, en lugar de encarar en forma creadora los problemas de la sociedad sin que ello vaya en detrimento de su control de las decisiones relativas a la naturaleza de su participación.

Acaso más fundamentales sean las percepciones de las universidades acerca de sus propias finalidades. Algunas universidades creen que cumplen su misión con la educación y la investigación tradicionales, desvinculadas de los problemas apremiantes de la sociedad; otras estiman que es imperativo participar en forma integral en el esclarecimiento de los problemas de la sociedad y en la obtención de soluciones para esos problemas.

El concepto de servicio también plantea problemas a las universidades, pues algunas consideran que drena sus recursos y es contrario a la flexibilidad académica y otras estiman que constituye una vía esencial para que la universidad empeñe eficazmente sus capacidades investigativas y educacionales en la solución de problemas de interés general.

También hay problemas graves en las relaciones entre la universidad y los servicios sanitarios (que denominaremos colectivamente "ministerio de salud"):

- Por lo común la universidad y el ministerio mantienen comunicaciones limitadas;
- La universidad no solicita asesoramiento al ministerio respecto de la formación de sus estudiantes, a pesar de que muchos serán empleados por el ministerio;
- El ministerio no invita a la universidad a participar en la planificación y formulación de políticas, a pesar de que las universidades cuentan con las competencias y recursos necesarios;
- La universidad no emprende actividades de investigación de los servicios sanitarios, que podrían allegar elementos importantes a las decisiones que debe adoptar el ministerio, y el ministerio acaso no tenga interés alguno en que la universidad se embarque en esas actividades;

- Tanto la universidad como el ministerio pueden tener percepciones restringidas de las universidades, por ejemplo, acerca de los tipos de actividades de educación e investigación que las universidades deben o pueden realizar; estas restricciones tienden a constreñir la flexibilidad de reacción que las universidades deben tener y llevan a que se pierdan oportunidades de considerable significación para la salud.

El concepto de salud para todos atribuye a los ministerios y a las universidades ciertas aspiraciones: que haya una cobertura universal con servicios efectivos y que la comunidad participe activamente en la planificación y prestación de los servicios de salud. Sin embargo, es frecuente que ni el ministerio ni la universidad sepan cómo proceder de manera concreta para dar realidad a esas aspiraciones. En todo caso, ambos podrían beneficiarse de una colaboración en los esfuerzos por mejorar la salud. A ese fin el ministerio y la universidad necesitan contar con mecanismos estructurales eficaces para la interacción respectiva.

Por último, la crisis económica mundial ha agobiado grandemente a las universidades y los ministerios, y muchos consideran que las restricciones económicas virtualmente han paralizado la iniciativa de estas instituciones. Otros opinan lo contrario y sostienen que la escasez de recursos ha creado una oportunidad para una reevaluación encaminada a asegurar que se usen sabiamente los recursos escasos, formulando prioridades a la luz de las necesidades sociales apremiantes y combinando recursos para satisfacer las necesidades.

#### *La perspectiva de cambios en las relaciones entre universidades y gobiernos*

En muchos países las universidades y los ministerios de salud sólo mantienen relaciones distantes, circunstancia que obstaculiza seriamente la posibilidad de una participación eficaz de las universidades en los servicios de salud. Esta separación obedece fundamentalmente a las actitudes y los valores de ambas instituciones. El cambio de las actitudes y percepciones del ministerio y de la universidad respecto de la propiedad de su interacción permitiría que ambas instituciones emplearan sus talentos y recursos para resolver los problemas de salud para todos en formas que sustentarían tanto al uno como a la otra. Naturalmente, cambiar las actitudes puede ser una empresa inmensamente difícil, pero justamente en este terreno la OMS puede ser particularmente útil. Habida cuenta de su gran prestigio, liderazgo y red global de relaciones, la OMS puede promover ideas constructivas respecto de las nuevas funciones y relaciones de las universidades. Especialmente prometedor es el concepto de que se derivan beneficios mutuos del establecimiento de unas relaciones de trabajo más estrechas dentro del marco de salud para todos. Por conducto de la colaboración, las universidades y los ministerios pueden realzar su eficacia respectiva para cumplir las misiones que tienen asignadas; ambos pueden derivar de ello un estímulo permanente y también granjearse el respeto de la sociedad.

Tanto el ministerio de salud como la universidad están comprendiendo que existe un grave problema en la forma en que se perciben recíprocamente, que se están privando de cumplir un objetivo común del desarrollo nacional, que podría maximizar la contribución de ambas instituciones, y que pueden armonizar felizmente sus respectivas actividades, especialmente en la educación y la investigación para el desarrollo.

El mundo está cambiando rápidamente para todos nosotros, con prescindencia de la etapa en que nos encontremos en el proceso del desarrollo nacional. Tenemos que encarar eficazmente unas situaciones en rápido cambio. Algunos de los problemas son acumulativos. Debemos prepararnos para enfrentar cambios en los problemas de salud, las tecnologías y las situaciones socioeconómicas. Estas cuestiones no pueden ser resueltas por las universidades y los ministerios de salud actuando en forma aislada.

Las universidades y los ministerios de distintos países—de Oriente a Occidente y de Norte a Sur—están elaborando modelos de interacción muy diferentes, poniendo el acento en diver-

son aspectos de la educación, la investigación y los servicios de salud. Hay muchas innovaciones en curso cuya divulgación podría beneficiar a todos los interesados.

#### *Recomendaciones a las universidades*

De lo antes expuesto se desprende con claridad que las universidades pueden responder positivamente a los apremiantes desafíos al contrato social contemporáneo y a las expectativas percibidas de sus comunidades, para lo cual podrían proceder del siguiente modo:

1. Modificar su actitud frente a las exigencias igualitarias de la sociedad contemporánea e identificarse con los problemas críticos de la ignorancia, la pobreza, el padecimiento, la incapacidad y la enfermedad.
2. Reordenar sus prioridades académicas a fin de dar el debido reconocimiento a la participación en el desarrollo rural y los problemas del medio ambiente y la atención primaria de salud, y elevar la investigación en estas esferas a la condición ahora acordada a la investigación de alta complejidad técnica.
3. Reestructurar el plan de estudios académicos para que sea posible relacionar, en forma congruente, una amplia base de conocimientos fundamentales con los problemas contemporáneos y para superar con este fin la fragmentación de las disciplinas, por ejemplo, encontrar arbitrios para que la salud, las ciencias sociales, la educación, la ingeniería, los estudios del medio ambiente y la agricultura se puedan vincular más eficazmente entre sí.
4. Ampliar sus intereses de investigación y de servicios a fin de ocuparse de los problemas de la sociedad que las sustenta, sin por ello comprometer en modo alguno su autonomía.
5. Reconocer la contribución que las actividades en las esferas de la enseñanza y la investigación pueden hacer al desarrollo social y económico y reconocerlo mediante recompensas académicas adecuadas, incluidos los incentivos financieros y de promoción y otros estímulos.
6. Establecer vínculos académicos mutuamente beneficiosos con instituciones similares en los planos nacional e internacional.
7. Convertirse en repositorios de conocimientos, medios para el intercambio de información y vehículos eficaces para comunicar y diseminar información.
8. Constituirse en centro de recursos para los ministerios de gobierno en la formulación de políticas y en la planificación de estrategias para la ejecución de los programas nacionales.
9. Vincularse con el gobierno en la tarea de formar recursos humanos apropiados para los diversos sectores de la economía.
10. Asegurar la transición de una etapa de educación exclusivamente dedicada a los estudiantes a una etapa de educación de la comunidad, ayudando a evaluar sus necesidades de salud y contribuyendo ampliamente al mejoramiento de la salud.
11. Elaborar mejores métodos de educación continua para todos los que, sea cual fuere el sector del que provinieren, puedan estar en condiciones de contribuir al objetivo de salud para todos.
12. Asegurar que todo el sistema educacional, y no sólo las profesiones de la salud, tengan oportunidades y estímulos para participar en trabajos constructivos vinculados con la salud.
13. Identificar, describir y divulgar modelos o ejemplos de participación de las universidades en los esfuerzos de salud para todos y compartir información con los Estados Miembros, las universidades y otros interesados.

#### *Recomendaciones a los Gobiernos*

1. Los Gobiernos, por conducto de sus ministerios de salud, educación y bienestar social y otros organismos afines debieran delinear con claridad, juntamente con las universidades, las

respectivas responsabilidades de los diversos sectores del sistema educativo nacional en cuanto afectan a la salud.

2. Los ministerios de salud y otros ministerios pertinentes debieran establecer una colaboración más eficaz con las universidades. A este fin, se deben alentar los seminarios multidisciplinarios y multisectoriales y otras formas de comunicación, dentro de los países y entre los países.

3. Los gobiernos y las universidades debieran colaborar en trabajos encaminados a evaluar y determinar la relación de los recursos humanos capacitados con las necesidades de la sociedad y su consagración a las metas de salud para todos. Se podría aprovechar la constante corriente de estudiantes de las diferentes universidades para asociarlos a los análisis de los planes de estudio y a la planificación de las actividades de salud para todos.

4. Las universidades y los ministerios debieran trabajar juntos con la mira de formular arbitrios y métodos de educación continua, reorientación y cambio actitudinal para aquellos que—con prescindencia del sector—puedan contribuir a la salud para todos.

5. Los ministerios de salud debieran lograr el concurso de las universidades en los esfuerzos encaminados a formular un curso de acción a largo plazo para un apropiado desarrollo de los servicios y recursos humanos de atención primaria de salud.

6. Un centro de investigación y desarrollo de la atención primaria de salud, administrado y dotado de personal conjuntamente por la universidad y los ministerios interesados, podría ser muy útil para resolver los problemas técnicos, educacionales y de gestión del sistema de atención primaria de salud.

7. Las universidades pueden participar con el ministerio en la formulación de políticas mediante un mecanismo formal instituido por ley o mediante otros arreglos claramente delineados. En cualquiera de estos dos casos, el ministerio de salud puede estimular y apoyar los trabajos de la universidad en materia de investigación de los servicios de salud por conducto de la financiación contractual y el establecimiento de dependencias de investigación en la universidad.

8. El ministerio de salud y la universidad pueden colaborar útilmente de diversas maneras. Seguidamente se mencionan algunas modalidades establecidas:

- a) Los consejos consultivos mixtos;
- b) El apoyo del ministerio a la investigación y la innovación en servicios por parte de la universidad;
- c) La constitución de grupos especiales para ocuparse de problemas específicos.

9. En diferentes países se usan arbitrios distintos para hacer participar a las universidades en el proceso de planificación del desarrollo de la salud. En un modelo se atribuye a las universidades la responsabilidad de prestar servicios de atención de salud a poblaciones definidas o a regiones por la promoción de la enseñanza y la investigación. En este esquema se puede conferir a la universidad la corresponsabilidad por la planificación y la vigilancia de los servicios y recursos humanos de salud en la región a la cual pertenece la universidad. En consecuencia, la investigación y la educación, que pueden concentrarse en los problemas y oportunidades particulares de la región, están en condiciones de preparar egresados bien adaptados a ese contexto. Esto requiere una estrecha integración de los procedimientos de la universidad y del gobierno en las esferas de los servicios, la formación de recursos humanos y la investigación.

10. Los gobiernos y las universidades debieran prestar especial atención a la formación de docentes, dirigentes y supervisores de los servicios de atención primaria de salud en los diversos niveles, esto es, los hospitales y centros de salud periféricos.

11. Los gobiernos debieran aprovechar cabalmente el potencial de las organizaciones no gubernamentales, obteniendo el concurso de las universidades, las diversas entidades, disciplinas y categorías de salud pública y el personal afín (incluidos los estudiantes) para facilitar la consecución del objetivo de salud para todos.

*Recomendaciones a la Organización Mundial de la Salud*

1. La OMS debiera publicar un informe sobre las Discusiones Técnicas y velar por su amplia distribución a gobiernos, universidades, instituciones de estudios superiores y otros interesados, como las organizaciones no gubernamentales en los planos nacional, regional y mundial. Asimismo, debiera fomentar la publicación de artículos sobre el tema en revistas científicas de las diversas disciplinas.

2. La OMS debiera facilitar el proceso de interacción entre gobiernos y universidades. La OMS debiera actuar como centro de referencia y suministrar a las partes interesadas la información pertinente sobre las estrategias de salud para todos, las actividades que hayan permitido una asociación productiva entre gobiernos y universidades en diversos países y los estudios de casos en los que se examinen esas actividades conjuntas.

3. La OMS debiera dar apoyo a los empeños de los gobiernos por hacer participar a las universidades en los esfuerzos nacionales de desarrollo. Una forma de lograr este objetivo es iniciar actividades de investigación sobre los problemas nacionales de salud, cuya ejecución se encomienda a las instituciones universitarias. Habría que suministrar el debido apoyo a estos empeños en los planos nacional, regional y mundial.

4. La OMS debiera profundizar el diálogo y la colaboración con las organizaciones no gubernamentales, asociaciones y federaciones pertinentes, incluidas las que representan a los estudiantes, con la mira de promover el concepto de salud para todos.

5. La OMS debiera colaborar con los organismos y órganos competentes de las Naciones Unidas en el apoyo a las actividades conjuntas de gobiernos y universidades en materia de desarrollo de la salud.

6. La OMS debiera establecer contactos activos y directos con las universidades, a fin de crear una masa crítica de personas que entiendan, fomenten y apliquen el concepto de salud para todos.

7. La OMS debiera alentar las reuniones regionales, estableciendo grupos focales para lograr una mejor colaboración entre gobiernos, universidades y organizaciones gubernamentales identificados con el objetivo de salud para todos.

8. A fin de dar respaldo a los países la OMS debería elaborar y tener actualizada una lista de personas que pudieran dirigir esas actividades conjuntas en sus propios países o prestar servicios como consultores en otros países.

9. A fin de llevar adelante vigorosamente estas actividades, la OMS tendría que crear un punto focal en su estructura actual en la Sede y establecer un Grupo Consultivo Internacional para ayudar a ese punto focal a preparar las medidas necesarias, así como también a vigilar y evaluar la evolución ulterior.

## Noticias

---

---

### PROGRAMAS DE POSGRADO OFRECIDOS POR UNIVERSIDADES CHILENAS EN MATERIA DE SALUD

La Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT), de Santiago, Chile, a través de su Centro de Información y Documentación de Estudios en el Extranjero, ha compilado un folleto en el que se ofrece información referente a los programas de posgrado que están ofreciendo las universidades chilenas y en los cuales pueden participar extranjeros que estén en posesión del grado de licenciado o un título universitario equivalente.

En el área de salud, los programas que se ofrecen son los siguientes:

<i>Universidad de Chile</i>	<i>Duración</i>	<i>Lugar</i>
Facultad de Medicina		
Magister en Administración de Salud	1 semestre	Escuela de Salud Pública Independencia 939, Santiago
Magister en Bioestadística	Variable	Escuela de Salud Pública
Magister en Salud Pública	3 semestres	Escuela de Salud Pública
Facultad de Odontología		
Magister en Ciencias Básicas con mención en Patología Oral	4 semestres	Miraflores 579, Santiago
<i>Pontificia Universidad Católica de Chile</i>		
Facultad de Medicina		
Magister en Anestesia	6 semestres	Casilla 114-D, Santiago
Magister en Cirugía General	"	" "
Magister en Medicina Interna	"	" "
Magister en Obstetricia y Ginecología	"	" "
Magister en Pediatría	"	" "
<i>Universidad de Concepción</i>		
Facultad de Medicina		
Magister en Enfermería con mención en Enfermería en Salud Comunitaria	4 semestres	Casilla 603, Concepción
Magister en Enfermería con mención en Enfermería Médico-Quirúrgica	"	" "
<i>Universidad Austral de Chile</i>		
Facultad de Medicina		
Magister en Ciencias con mención en Inmunología	3 semestres	Dirección de Posgrado, Independencia 631, Valdivia

Los interesados en recibir más información pueden dirigirse a CONYICIT, Canadá 308, Santiago, Chile.

## CURSO DE TRABAJO SOCIAL PSIQUIATRICO

El Instituto Mexicano de Psiquiatría está organizando, con la colaboración del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, un curso de trabajo social psiquiátrico que se ofrecerá del 16 de julio de 1985 al 30 de junio de 1986. El objetivo general del curso es capacitar al trabajador social en el área de salud mental.

El plan de estudios es el siguiente:

### ACTIVIDADES TEORICAS

#### *Primer semestre*

- Metodología del trabajo social psiquiátrico I
- Investigación social
- Administración
- Teorías de la personalidad y psicopatología
- Psicodrama-sociodrama, pruebas psicológicas
- Taller de comunicación
- Taller de didáctica

#### *Segundo semestre*

- Metodología del trabajo social psiquiátrico II
- Prevención y rehabilitación en salud mental
- Dinámica de grupo
- Dinámica conyugal-familiar-diagnóstico familiar
- Psiquiatría comunitaria
- Farmacodependencia
- Taller de comunicación

### ACTIVIDADES PRACTICAS

#### *Primer semestre*

- Atención de casos psicosociales bajo proceso de supervisión semanal
- Actividades institucionales
- Sesiones clínicas
- Sesiones bibliográficas

#### *Segundo semestre*

- Práctica de organización y desarrollo de la comunidad en centros de salud comunitaria
- Actividades institucionales
- Sesiones clínicas
- Sesiones bibliográficas

Los interesados deben dirigirse a: Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UNAM, México, D.F.

## ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO EN SALUD COMUNITARIA DE CENTROAMERICA Y PANAMA (PASCCAP)

*Grupo de Referencia del Programa Centroamericano de Investigación  
sobre Personal de Salud*

Este Grupo, inicialmente ubicado en la Universidad Autónoma de Honduras, se ha ampliado con la participación de funcionarios nacionales de la Universidad de Costa Rica, del INCAP de Guatemala, y de la Universidad de El Salvador. Ha desarrollado, de conformidad con los objetivos del Programa Centroamericano de Investigación sobre Personal de Salud de PASCCAP, actividades en los siguientes campos:

*Capacitación en metodología de la investigación.* Siguiendo el modelo desarrollado inicialmente en PASCCAP, y mejorado posteriormente por el Grupo de Referencia, se han llevado a cabo varios cursos sobre el tema: 1 de nivel subregional, 2 en El Salvador, 1 en Nicaragua, 1 en Guatemala y 4 en Honduras, que han capacitado a 230 funcionarios de universidades, ministerios de salud e instituciones de seguridad social.

Igualmente han tenido lugar dos cursos sobre estadística inferencial, en Honduras, con participación de 55 funcionarios nacionales.

*Publicación de materiales sobre investigación sobre personal de salud.* Tres miembros del Grupo de Referencia elaboraron un Manual sobre Metodología de la Investigación aplicada al Desarrollo de Personal de Salud. El Manual consta de tres secciones: la primera cubre, paso a paso, la metodología en sí; la segunda consiste en una guía de aprendizaje para ser utilizada en actividades de capacitación de personal; la tercera incluye una serie de artículos y materiales de referencia que amplían aspectos fundamentales de la metodología. Adicionalmente, el Manual se completa con una serie de matrices para láminas de retroproyección, que apoyan la labor educativa en actividades de capacitación de personal.

El primer tiraje de la primera edición se agotó rápidamente, fundamentalmente por solicitudes de las universidades del istmo y de otros países de Latino América y un segundo tiraje de esa edición está actualmente en distribución. El Programa de Libros de Texto de la OPS publicará otra edición para darle al mismo una mayor distribución.

*Inclusión de la metodología de investigación en procesos de desarrollo de recursos humanos.* El método diseñado ha sido utilizado en acciones concretas de desarrollo de personal de salud, mediante la demostración de su utilidad en actividades de educación continua, de diseño curricular en escuelas de medicina, en la identificación de necesidades de aprendizaje y en el desarrollo de perfiles ocupacionales y educacionales como base para las decisiones educativas.

*Asesoría para la formulación de proyectos de investigación educacional.* Grupos de trabajo de instituciones de salud de Honduras, Guatemala, El Salvador y Panamá han recibido apoyo técnico del Grupo de Referencia para la formulación de proyectos de investigación sobre el desempeño del personal voluntario de la comunidad en acciones de salud.

*Participación en estudios e investigaciones.* Un miembro del Grupo participa en un trabajo regional de investigación sobre la práctica y las condiciones de trabajo del personal de enfermería en seis países (estudio comparativo). Otro de los miembros del Grupo participará en otro estudio comparativo multinacional sobre la investigación en las decisiones de planificación de personal de salud. En cuanto a la atención a las prioridades en investigación sobre personal de salud recientemente definidas por la OPS, el Grupo orientará las acciones principales del Programa hacia la ejecución de estudios sobre mercado de trabajo, a partir del segundo semestre de 1985.

*Políticas y planificación de recursos humanos*

PASCCAP elaboró una metodología para la formulación de políticas de recursos humanos en apoyo a las estrategias nacionales. Mediante su aplicación, grupos multiinstitucionales del sector salud han formulado lineamientos y directrices para que las instituciones nacionales elaboren y ejecuten posteriormente una política sobre el tema. Ello ha tenido lugar en Honduras, Panamá, Guatemala y El Salvador. La guía fue objeto de la publicación PASCCAP No. 15, *Políticas de Recursos Humanos para la Salud*, que ha recibido amplia difusión.

Igualmente, se presentó a un grupo centroamericano de consulta un esquema operativo sobre planificación de recursos humanos. Como parte del esquema, se han iniciado estudios nacionales de recursos humanos en Honduras y en Guatemala; se ha puesto en práctica en algunos países un modelo de determinación de perfiles ocupacionales del personal de salud, y actualmente se trabaja en la búsqueda de un modelo sencillo y de bajo costo para determinar estimaciones de demanda y oferta cualicuantitativa de personal. En el segundo semestre de 1985 se iniciarán trabajos para el diseño de subsistemas de información en recursos humanos que completa el esquema planteado. Se ha preparado, además, un proyecto subregional sobre este aspecto, para apoyar los esfuerzos nacionales destinados a establecer sistemas de planificación de personal de salud.

*Actividades con las universidades*

En los primeros años de su funcionamiento, PASCCAP concentró sus esfuerzos en el apoyo a las actividades de desarrollo de personal de los ministerios de salud. Sin embargo, se ha retomado la noción de que el papel de la universidad en el desarrollo de las estrategias en salud es fundamental; la OMS ha tomado acciones sobre el particular\* y en Centroamérica, PASCCAP ha propiciado la incorporación de las universidades al esfuerzo común mediante el inicio de actividades de colaboración destinadas a facilitar el trabajo universitario en esta dirección.

En Costa Rica, se ha mantenido un lazo de cooperación, principalmente en el campo de producción de materiales educacionales, con la Escuela de Medicina y la Sección de Tecnologías Médicas; igualmente, se mantiene una colaboración constante con la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica. Existe además un convenio de trabajo con la Universidad Estatal a Distancia, en el campo de la administración en salud. Se está preparando también, junto con la Representación de la OPS en el país, un proyecto de fortalecimiento del proceso de desarrollo educacional, a través del Núcleo de Enseñanza e Investigación en Salud (NIDES) de la Facultad de Medicina.

En Honduras, PASCCAP ha apoyado decididamente la creación, organización y equipamiento de la Unidad de Tecnología Educacional en Salud, de reciente inauguración, y ha colaborado en el desarrollo de perfiles ocupacionales y educacionales como base para la revisión curricular de la carrera de medicina. Además, ha cola-

---

\*Véanse las págs. 85 y 129 de la presente publicación.

borado con las autoridades universitarias en el desarrollo de un proceso de capacitación docente para el mejoramiento de las actividades educativas. Desde hace varios años, mantiene un vínculo de cooperación mutua con el Departamento de Enfermería de la Universidad. El Grupo de Referencia del Programa Centroamericano de Investigación sobre Personal de Salud tiene su sede coordinadora en dicho departamento.

En El Salvador, PASCAP ha prestado colaboración desde su inicio, en el planeamiento y ejecución de un proceso de reorganización de las carreras del área de la salud de la Universidad de El Salvador, que comprende acciones de diseño curricular, capacitación pedagógica, orientación docente hacia los postulados de la meta de salud para todos en el año 2000 y en el diseño y organización de una Unidad de Tecnología Educativa para la Facultad de Medicina.

## II CONGRESO NACIONAL DE HIGIENE Y EPIDEMIOLOGIA

Del 14 al 17 de octubre de 1985 se celebrará en el Palacio de las Convenciones, La Habana, Cuba, el II Congreso de Higiene y Epidemiología, que será de gran interés para todo el personal que labora en tareas propias de la medicina preventiva. Será auspiciado por el Ministerio de Salud Pública, el Consejo Nacional de Sociedades Científicas Médicas y otras instituciones cubanas.

Durante los cuatro días del Congreso se presentarán simposios, mesas redondas, conferencias y una exposición científica. Los temas que se tratarán serán los siguientes: higiene de los alimentos y nutrición, epidemiología, higiene comunal, higiene escolar, higiene del trabajo, microbiología y química sanitaria, higiene de las radiaciones, desinfección y control de vectores, psicología social y del trabajo, ingeniería sanitaria y educación para la salud.

La cuota de inscripción es de US\$100 para delegados y de \$50 para acompañantes. Los interesados deberán comunicarse con el Consejo Nacional de Sociedades Científicas, Calle 4, No. 407, entre 17 y 19, Vedado, La Habana.

## LA ENFERMERA, CLAVE DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD: RECALCA EL CONSEJO EJECUTIVO DE LA OMS\*

Con base en un activo debate sobre una publicación reciente de la OMS, que trata de educación y adiestramiento de profesores y administradores de enfermería, con especial hincapié en la atención primaria de salud (Serie de Informes Técnicos 708, 1984), el Consejo Ejecutivo ha recalado una vez más la importante función que puede y debe desempeñar la enfermera en el esfuerzo para lograr la meta de salud para todos. Asimismo, consideró el informe sumamente útil y aprobó todas sus recomendaciones.

Puntos principales del tema son la educación en materia de enfermería en general, y la reorientación de profesores y administradores de enfermería o de dirigentes,

---

\*Basado en el Comunicado de Prensa WHO/2, 14 de enero de 1985.

en particular. La utilización del campo de la enfermería en la estrategia de salud para todos exige un profundo compromiso para fomentar el cambio por parte de esa profesión. Pero ese cambio solo puede tener lugar si se apoya la formación de enfermeras dirigentes que pueden servir de activistas, estimulando el cambio y agilizando la acción. Los dirigentes de enfermería deben poder innovar y participar en la planificación de programas.

Es indudable que la nueva función de las enfermeras en la estrategia de salud para todos exige una transformación radical, no solo en lo que se refiere a la adquisición de los conocimientos prácticos correspondientes, sino en cuanto a la relación de la enfermera con otros funcionarios de salud y con la comunidad objeto de atención.

Durante la reunión del Consejo Ejecutivo se señaló que en 1974 un Comité de Expertos de la OMS había estudiado la problemática de enfermería y había identificado los cambios necesarios en materia de educación en enfermería. De acuerdo con el informe recientemente aparecido, sin embargo, si las recomendaciones de aquel Comité de Expertos se hubieran puesto en práctica, el personal de enfermería estaría hoy en día a la vanguardia de las actividades de atención primaria de salud, lo cual no es el caso al parecer. El Consejo Ejecutivo consideró que las recomendaciones de los Comités de Expertos o no se distribuían ampliamente o no llegaban a los que tenían que llegar, o no se ponían en práctica por falta de conocimiento sobre las mismas.

El Dr. Halfdan Mahler, Director General de la OMS, dijo que evidentemente hoy en día la profesión de enfermería está más lista para el cambio que cualquier otro grupo profesional. Señaló que para practicar la atención primaria de salud se necesita sentir amor por el prójimo y consideró que las enfermeras pueden estar listas para ello. Afirmó asimismo que ha llegado el momento de incluir a las enfermeras, con mayor frecuencia de lo que se ha hecho hasta ahora, "imparcial y equitativamente como dirigentes y administradoras de la atención primaria de salud y como miembro del equipo de salud para todos, junto con los demás".

## Libros

---

---

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

**Catálogo de publicaciones de la OPS 1975-1984.** Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 1984. 256 págs. Distribución gratuita.

No cabe duda de que la diseminación de conocimientos y experiencias en el vasto campo de la salud en toda América Latina y el Caribe requiere un mejoramiento sustancial para satisfacer las necesidades de información de los gobiernos y de las instituciones involucradas. Esto es tanto más importante en los países en desarrollo, donde a menudo hay obstáculos infranqueables para la transferencia efectiva de información en salud. Las necesidades abarcan una variedad tan amplia que este mejoramiento solo se podrá lograr mediante una estrecha relación de las actividades de la Organización Panamericana de la Salud con las autoridades nacionales en torno a los problemas prioritarios de los países. El proporcionar a los Gobiernos Miembros acceso a la información sobre ciencia y tecnología, que les sirva de base y referencia en sus actividades encaminadas a alcanzar la meta de salud para todos, ha adquirido especial importancia en los últimos tiempos.

El Programa de Publicaciones de la OPS constituye un mecanismo concreto y útil para dar a conocer las experiencias innovadoras que tienen lugar en numerosas instancias y que pueden contribuir a satisfacer las necesidades de la población de las Américas en relación con la lucha contra las enfermedades y con el fomento de la salud. La selección de publicaciones se basa en las prioridades establecidas por los requerimientos de información por parte de los países y de la comunidad internacional, así como en los objetivos específicos de la Organización; a ello se aúna la calidad del contenido y la utilidad del texto en relación con el efecto que la aplicación de la información pueda tener en el público que se pretende alcanzar.

El catálogo, que comprende las obras publicadas por la OPS durante un período de 10 años y es suplemento del *Catálogo de Publicaciones de la OPS 1951-1975*, consta de siete partes: Serie de Publicaciones Científicas, Serie de Documentos Oficiales, Publicaciones periódicas, Publicaciones especializadas de programas técnicos de la Sede de la OPS, Publicaciones de los Centros Panamericanos y Oficinas de Campo, Medios visuales de instrucción y Programa Ampliado de Libros de Texto. Los anexos son cuatro: Publicaciones de la Organización Mundial de la Salud, de la Oficina Regional de la OMS para Europa, de otras oficinas regionales de la OMS, y de otras organizaciones internacionales.

---

<sup>1</sup>Estas publicaciones se pueden adquirir al precio indicado, si se solicita de Distribución y Ventas, Organización Panamericana de la Salud, 525 Twenty-third St., N.W., Washington, D.C. 20037, o de la sede de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, Suiza, según corresponda. En América del Sur se pueden obtener a través de BIREME, Centro Latinoamericano de Información en Ciencias de la Salud de la OPS, Rua Botucatu 862, São Paulo, S.P., Brasil.

La **Serie de Publicaciones Científicas** es uno de los elementos esenciales del Programa de Publicaciones de la OPS, puesto que por medio de los libros que en ella se incluyen se promueve y facilita la cooperación técnica de la OPS con sus Gobiernos Miembros, de acuerdo con los programas que se han establecido. La Serie, orientada principalmente a la difusión de conocimientos y experiencias de interés internacional en materia de ciencia y tecnología, reúne obras que dan a conocer resultados de estudios e investigaciones, informes de reuniones y seminarios técnicos, manuales de operación, textos de referencia y monografías sobre los diversos temas que abarca el trabajo de la Organización. Cada año se añaden a la Serie unos 30 libros (en español, inglés y portugués) con una tirada de 2.000 a 5.000 ejemplares, aunque en ocasiones y dada la importancia de la materia ha habido tiradas hasta de 90.000 ejemplares para satisfacer demandas extraordinarias. La publicación de un texto en esta Serie, por lo tanto, se decide cuidadosamente para llenar un vacío específico del conocimiento, actualizar información y facilitar la comprensión de un tema, así como para proveer pautas y directrices en situaciones y áreas problema de importancia para la salud pública en la Región de las Américas. En esta sección del presente catálogo se incluyen únicamente las publicaciones científicas editadas por la OPS desde 1975 hasta mediados de 1984, que representan un total de 164 títulos y más de 200 libros considerando las versiones en español, inglés, portugués y francés.

Los **Documentos Oficiales de la OPS** están dirigidos a las autoridades de los Gobiernos Miembros de la OPS, las cuales se reúnen regularmente en la Conferencia Sanitaria Panamericana, el Consejo Directivo y el Comité Ejecutivo. El propósito general de los Documentos Oficiales es servir de órgano de difusión y de registro de las decisiones de políticas de la Organización para los gobiernos y el público en general. El objetivo específico es poner en conocimiento de los Gobiernos Miembros las decisiones de política tomadas en las reuniones de los Cuerpos Directivos, el presupuesto por programas de la Organización, las reformas periódicas de los Reglamentos Internos de los propios Cuerpos Directivos, las actividades de la Organización a través de sus distintos programas y los avances u obstáculos que han representado cada una de estas acciones. Las publicaciones de esta serie sirven, además, de pautas directrices para la Secretaría en su misión de transformar las políticas en programas de trabajo en los países.

Las **Publicaciones periódicas de la OPS** intentan satisfacer las necesidades de información general y de información especializada en forma inmediata y regular. La información especializada—para el personal técnico y profesional que trabaja en los diversos niveles de las instituciones de los sistemas de salud—consiste en revistas y boletines periódicos (mensuales, bimestrales, trimestrales) de carácter técnico que se producen en la sede de la OPS. Aquí se incluyen el *Boletín de la OPS*, el *Bulletin of PAHO*, *Educación médica y salud*, *Boletín Epidemiológico*, *Boletín Informativo PAI*, *Preparación para Casos de Desastre en las Américas*, *Medicamentos y Terapéutica*, y *PAHODOC*. Otras publicaciones periódicas en forma de boletines especializados son producto de los Centros Panamericanos y Oficinas de Campo. Otro tipo de información especializada—para el personal técnico de los países y de la OPS que trabaja en los campos específicos de cada una de ellas—es preparado y producido por los programas respectivos. Los manuscritos provienen de informes de grupos técnicos,

investigaciones de campo, documentos de referencia, bibliografías, directorios y otras fuentes.

Los Centros Panamericanos son un componente integral especializado de los programas de la OPS y constituyen un mecanismo efectivo en el que se combinan funciones de asesoría, educación, investigación y diseminación de información, de acuerdo con las necesidades de los países y el estado del desarrollo tecnológico en el campo respectivo. Desempeñan un papel especial en el logro de la cooperación técnica entre países en desarrollo. Los **programas de publicaciones periódicas y no periódicas de los Centros Panamericanos**, que varían en extensión y volumen, implican un aporte significativo al conocimiento aplicado de los profesionales y técnicos del sector salud y al acervo de las instituciones de información, referencias y bibliotecas.

El **programa de medios visuales de instrucción** es una actividad educacional cuyo objetivo principal radica en proveer a las escuelas de salud pública, medicina, medicina veterinaria, enfermería e ingeniería sanitaria, de una serie continua de materiales visuales para ser usados en las actividades de enseñanza de los profesionales de la salud. Este objetivo inicial fue ampliado en los últimos años para incluir al personal de los servicios de salud de las distintas regiones de los países y a las escuelas de formación de maestros e institutos vocacionales. Al ampliar el objetivo la dirección del programa se ha propuesto abordar temas adecuados para el adiestramiento de personal auxiliar que trabaja en las zonas rurales. Algunos de los números más recientes han sido planeados y desarrollados por el personal profesional de la sede de la OPS, con el apoyo de personal del campo. Durante los últimos dos años se han producido otros tipos de ayudas visuales, tales como diapositivas, rotafolios, gráficos a colores, panfletos ilustrados, etc. Las cintas fijas y diapositivas de la OPS son a colores y se acompañan de un texto impreso para su narración. En algunos casos el texto ha sido grabado en cassette. En su mayoría las cintas son en español, pero también se han publicado algunos títulos en portugués y otros en inglés.

La OPS ha diseñado el **Programa Ampliado de Libros de Texto (PALTEX)** como parte de sus actividades de cooperación técnica destinadas a analizar la necesidad y adecuación de los materiales de instrucción relacionados con el desarrollo de los recursos humanos en materia de salud. El PALTEX tiene por objeto ofrecer el mejor material posible de instrucción para el aprendizaje de las ciencias de la salud, que resulte a la vez accesible, técnica y económicamente, a todos los niveles y categorías de personal en cualquiera de sus diferentes etapas de capacitación. Dicho material está dirigido a los estudiantes y profesores universitarios, a los técnicos y a los auxiliares de salud, así como al personal de la propia comunidad. Puede utilizarse tanto en las etapas de pregrado como de posgrado, la educación continua y el adiestramiento en servicio, y puede servir a todo el personal de salud involucrado en la ejecución de la estrategia de atención primaria, como elemento de consulta permanente durante el ejercicio de sus funciones. Al finalizar 1984, el Programa disponía de una amplia gama de materiales escritos y audiovisuales para todos los niveles de formación en el campo de la salud. Al profesional se ofrecen libros de texto de alta calidad científica en las disciplinas de medicina, enfermería, nutrición, veterinaria, odontología e ingeniería sanitaria, así como videocintas que abarcan varios temas de historia clínica y evaluación del paciente. En lo que se refiere a

manuales y módulos de instrucción para el personal técnico y auxiliar se ofrece ahora la Serie PALTEX para Técnicos Medios y Auxiliares, una selección para la formación básica de estos estudiantes, que anteriormente no disponían de materiales de instrucción especialmente preparados para ellos. Los manuales pueden utilizarse como guía para la capacitación del personal de salud en el aula o en servicio, o bien como material de apoyo. Para un mejor aprovechamiento de su contenido se recomienda la incorporación de los manuales en los cursos formales de aprendizaje.

Los manuales y módulos que constituyen la Serie PALTEX para Técnicos Medios y Auxiliares se hallan a disposición de los ministerios, instituciones, organismos, empresas, escuelas, institutos u otras entidades privadas o públicas en las que se forman o emplean trabajadores de salud.

En cuanto a las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud, en el catálogo se reseñan brevemente las Series: Salud para Todos, Monografías, Cuadernos de Salud Pública, Publicaciones en Offset, Informes Técnicos, Criterios de Salud Ambiental, Clasificación Histológica Internacional de Tumores e Historia de la Salud Internacional; aparecen también las Publicaciones Periódicas y las Oficiales.

La Oficina Regional de la OMS para Europa, por su parte, se hace presente con sus publicaciones seriadas y no seriadas, lo mismo que las otras oficinas regionales de la OMS (AFRO, EMRO, SEARO y WPRO).

Las organizaciones del Sistema de las Naciones Unidas, así como las del Sistema Interamericano tienen también programas activos de publicaciones que abarcan asuntos relativos a su trabajo específico. Con frecuencia los temas se relacionan con problemas o disciplinas que atañen a la salud humana. En consecuencia, resulta del mayor interés que el personal profesional y técnico que trabaja en el sector salud disponga de esta información en forma oportuna. En el *Catálogo* se pone a disposición del lector las direcciones de 25 organizaciones del Sistema de las Naciones Unidas y de ocho organismos del Sistema Interamericano.

Se espera que una obra de tal envergadura como este *Catálogo* sirva de apoyo al personal de salud de todas las categorías, así como a los bibliotecarios y a las casas de estudio, y que brinde más fácil acceso a este gran cúmulo de información, producto de los esfuerzos de la OPS por dar solución a los problemas de salud de los pueblos.

#### **Participación de la comunidad en la salud y el desarrollo en las Américas.**

Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No. 473, 1984. 104 págs. Precio: US\$8,00. ISBN 92 75 31473 X (Disponible también en inglés)

La participación de la comunidad es un componente esencial de la estrategia de la atención primaria para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000. Con el propósito de contribuir a este objetivo, la Organización Panamericana de la Salud realizó un estudio sobre la participación de la comunidad en el campo de la salud en ocho países de América Latina y el área del Caribe: Barbados, Brasil, Colombia, Cuba, Ecuador, Guyana, Jamaica y México. En cada uno de ellos se efectuó un estudio de caso en una comunidad urbana y otro en una comunidad rural, seleccionando aquellas que se identificaron con las características propias de los países.

El análisis comparativo de los estudios de casos permitió observar que la mayoría de estos países cuentan con un sistema típico de atención primaria, siendo el servicio a nivel de la comunidad el más básico. Asimismo, en todos ellos existe una política nacional de apoyo de la participación comunitaria, aunque no siempre se lleva a la práctica debido a que sus objetivos no están claramente establecidos o no están de acuerdo con la estructura y procesos del sistema de salud del país. Los sistemas de salud de los países estudiados varían desde un sistema organizado y eficaz hasta uno fragmentado, con un gran número de organismos sin suficiente comunicación y coordinación entre ellos.

Algunos factores que inhiben las iniciativas de la comunidad y disminuyen la eficacia de los programas de participación comunitaria son: la falta de adiestramiento adecuado del personal de los servicios de salud en los conceptos de desarrollo y en el fomento de la participación de la comunidad; la escasez de personal y de recursos; divisiones sociales, económicas y políticas; la idea de que la salud es responsabilidad exclusiva del gobierno y del personal de salud, y actitudes negativas de estos últimos respecto a las creencias y prácticas tradicionales. En cambio, la participación se ve favorecida cuando el sistema de salud tiene la suficiente flexibilidad para adaptarse a las condiciones locales. Dentro de los elementos que propician la participación están las actitudes favorables del personal de salud hacia esta; la homogeneidad sociocultural; niveles de educación relativamente altos; medios de comunicación y transporte adecuados; dirigentes activos, y la presencia de un mecanismo que ayude a la comunidad a reunirse y a realizar acciones colectivas. Se observó que las comunidades urbanas recién constituidas tienden a tener una mayor participación comunitaria en los procesos de desarrollo y en la salud. La participación de la mujer en este campo se limita a la utilización o a la prestación de servicios como agente de salud de la comunidad; hay muy pocos indicios de su participación en los procesos de planificación y ejecución de actividades.

La comunidad en general tiende a participar más en la ejecución de los programas que en la planificación de estos. La ejecución es generalmente guiada por el sistema de salud. En el proceso de evaluación la participación es más limitada, se exterioriza a menudo en la forma de quejas individuales o de grupo al personal de salud o a las autoridades. La participación, en gran parte, determina la extensión de la cobertura, la eficacia de los programas y las condiciones sociales y de salud.

No se observó una asociación significativa entre el grado de participación comunitaria y el grado de coordinación intersectorial. Sin embargo, las comunidades mostraron mayor iniciativa en otras actividades de desarrollo no relacionadas con la salud.

Basándose en los datos obtenidos, se presentan en el libro una serie de conclusiones que a su vez ayudaron a formular algunas recomendaciones, con las cuales la OPS podría facilitar la cooperación técnica a los Gobiernos Miembros para coadyuvar a promover la participación activa de la comunidad en la educación y actividades de salud.

**Elaboración y utilización de formularios de medicamentos.** Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No. 474, 1984. 60 págs. Precio: US\$4,00. ISBN 92 75 31474 8 (Disponible también en inglés)

El tema de los medicamentos adquiere cada día más importancia en el mundo entero y ha sido objeto de debate en gran cantidad de reuniones nacionales e internacionales. En efecto, la problemática de la adquisición de los productos farmacéuticos es aún más compleja en los países en desarrollo, lo que es comprensible, entre otros factores, porque dichos países cuentan con muy limitados recursos para la adquisición de insumos esenciales pero caros para proporcionar la atención de salud de la población.

En estas circunstancias, el desarrollo de formularios de medicamentos—que ofrezcan una base racional para el abastecimiento de estos productos y para la terapéutica medicamentosa—vendría a facilitar la labor de los encargados de establecer un sistema racional de selección de medicamentos, de acuerdo con una decisión política y de salud pública encaminada a mejorar la disponibilidad de los productos esenciales para satisfacer las necesidades de la población así como a controlar el costo de estos productos.

Esta publicación puede servir de guía a los Gobiernos en este aspecto clave en sus esfuerzos para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000. En sus 10 capítulos se ofrece información útil sobre la necesidad de establecer un formulario de medicamentos, la elaboración del formulario, la formulación de disposiciones legales, la campaña educacional para apoyar la actividad, evaluación del impacto del formulario, identificación de obstáculos imprevistos, etc. Se incluye también una bibliografía anotada sobre la selección, prescripción y utilización de drogas, que será de particular interés para el profesional en este campo.

**Las drogas, el conductor y la seguridad en el tránsito.** R. W. Willette y J. Michael Walsh (eds.). Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No. 475, 1984. 54 págs. Precio: US\$4,00. ISBN 92 75 31475 4 (Traducción del original en inglés publicado por la OMS).

Los accidentes de tránsito son una de las causas principales de defunción en los países desarrollados. Este grave problema de salud pública se ha extendido a los países en desarrollo, en donde está aumentando a un ritmo alarmante. Las consecuencias del alcohol como causa primaria de lesiones accidentales son bien conocidas para poder elaborar programas de información y medidas de control. En cambio, la relación entre el riesgo de accidentes y el consumo de drogas—ya sean adquiridas por prescripción médica, de venta libre o adquiridas ilícitamente—es difícil de determinar en lo que respecta a su magnitud y a sus repercusiones en la sociedad y en la salud pública. La OMS está promoviendo un esfuerzo por establecer vías de comunicación y cooperación entre los países, instituciones y centros de investigación para intensificar los estudios y ampliar los conocimientos en este campo.

La presente publicación plantea los problemas que entraña la evaluación de los efectos de las drogas en la capacidad para conducir vehículos de motor y sugiere medidas pertinentes. En ella se recomienda realizar investigaciones epidemiológicas con énfasis en los factores técnicos y metodológicos esenciales para el diseño de estudios que se presten a comparaciones válidas. Se subraya la necesidad de contar con métodos analíticos normalizados con el fin de medir los efectos de las drogas

en el rendimiento funcional de los conductores de vehículos e identificar las drogas y sus metabolitos primarios en pequeñas muestras de sangre, saliva y orina.

El texto se refiere a las nuevas técnicas analíticas de cromatografía de gases con detectores selectivos, espectrometría de masa y métodos inmunológicos de examen los cuales proporcionan análisis legalmente aceptables de muestras de sangre, orina y saliva para determinar con rapidez y especificidad la presencia de una amplia variedad de drogas. Según estudios recientes, en el caso de muchas drogas psicotrópicas la alteración funcional no es proporcional a la concentración en la sangre; en la obra se analiza detenidamente la relación entre las variables involucradas y se presenta un modelo teórico ilustrado con gráficas.

No hay dudas de que se necesita la acción conjunta de las autoridades de salud pública con otros sectores de nivel local, así como la colaboración internacional para lograr la asignación de recursos a este esfuerzo, la transferencia de conocimientos analíticos, la utilización de nomenclaturas y sistemas estadísticos uniformes, y el intercambio de información sobre métodos de educación del público y de elaboración de programas y políticas de prevención.

El libro contiene, además de referencias, un esquema de toxicología analítica y las recomendaciones del Consejo Nórdico relativas a drogas peligrosas para la seguridad del tránsito.

Si bien la obra se refiere principalmente a cuestiones y técnicas metodológicas, se espera que tenga una amplia repercusión y acogida en muchos países y promueva la adopción de medidas más adecuadas para reducir en el futuro los accidentes de tránsito y las muertes relacionadas con las drogas.

**Certificados de vacunación requeridos y consejos de salud para los viajes internacionales.** Publicación Científica de la OPS 485, 1985. 85 págs. Precio: US\$6,00

Este libro, traducción del original inglés que la OMS publica anualmente, tiene un doble propósito: proporcionar información actualizada sobre los requisitos de inmunización y otras medidas profilácticas de aplicación en los viajes internacionales a las autoridades nacionales de salud, profesión médica, agencias de turismo, compañías aéreas, etc.; al propio tiempo, sirve para advertir a los viajeros los peligros que representan tanto las enfermedades transmisibles como otros riesgos y las precauciones que deben tomar para evitarlos.

Contiene una lista de los países con los certificados de vacunación que exigen, así como información sobre la situación local de la malaria en cada uno.

En capítulos aparte se detallan los posibles riesgos, las medidas a tomar contra ciertas enfermedades y lesiones, y la distribución geográfica de los posibles peligros para el viajero.

En el anexo 1 se presenta un modelo del certificado internacional de vacunación o revacunación contra la fiebre amarilla y se explica la forma en que debe llenarse. En el anexo 2 se muestra un cuadro con la descripción de ciertas enfermedades transmitidas por los alimentos y el agua, su modo de transmisión y su distribución geográfica, y el anexo 3 contiene una bibliografía de las publicaciones de la OPS y la OMS relacionadas con el tema.

Para mayor facilidad de los lectores se añaden dos índices, uno de países y territorios, y el otro de materias.

**Estrategias contra el tabaquismo en los países en desarrollo. Informe de un Comité de Expertos de la OMS.** *Serie de Informes Técnicos de la Organización Mundial de la Salud*, No. 695, 1983. ISBN 92 4 320695 8. 99 págs. Precio: Fr.s. 8.

Se ha calculado que el consumo de cigarrillos en la totalidad del mundo es causa actualmente de más de un millón de muertes prematuras cada año. En el informe que se reseña, el Comité de Expertos de la OMS en Estrategias contra el Tabaquismo en los Países en Desarrollo advierte que si persiste la actual pasividad internacional, el número de defunciones, sobre todo en los países en desarrollo, aumentará marcadamente. Además, en los países en desarrollo el coste de afrontar las enfermedades producidas por el hábito de fumar pronto superará el de la lucha contra los problemas tradicionales de malnutrición y enfermedades infecciosas. A juicio del Comité, los países en desarrollo tienen ahora una oportunidad excepcional de adoptar medidas firmes para detener la más evitable de las epidemias modernas.

La primera sección del informe trata de los fundamentos de la lucha antitabáquica en los países en desarrollo y examina los datos que demuestran las consecuencias nocivas del hábito de fumar cigarrillos y de algunas de las formas tradicionales de consumo del tabaco. El Comité llega a la conclusión de que hay pruebas más que suficientes de que el hábito de fumar es causa de cáncer del pulmón, coronariopatías, bronquitis crónicas y otras afecciones causantes de discapacidad y de muerte prematura. En el informe se examinan igualmente las abrumadoras pruebas de los beneficios que se derivan de la renuncia al hábito de fumar, lo que da mayor peso a la recomendación de que tanto los países en desarrollo como los desarrollados concentren sus actividades no solo en persuadir a los no fumadores de que no comiencen a fumar, sino también en estimular a los fumadores a dejar de fumar.

Se examinan a continuación los aspectos económicos de la industria tabacalera. Se señala que los beneficios económicos de la producción de tabaco son con frecuencia menores y menos seguros de lo que se cree generalmente; el consumo de tabaco acarrea siempre efectos adversos para la salud y pérdidas para la producción económica (debidas al absentismo y a la discapacidad causados por las enfermedades relacionadas con el hábito de fumar) que los ingresos derivados de la producción tabacalera no llegan a compensar. El crecimiento de la industria tabacalera en los países en desarrollo debe compararse con el nivel casi estancado, y en algunas regiones menguante, de la producción y el consumo de alimentos por habitante.

Al tratar de las estrategias de lucha, el Comité declara que el propósito final de todo programa contra el hábito de fumar es reducir al mínimo las enfermedades relacionadas con el tabaquismo y las subsiguientes defunciones prematuras, incapacidades e hipermorbilidad que causa tanto sufrimiento al individuo como costes económicos a la sociedad en términos de pérdida de producción. Para alcanzar este objetivo se proponen varias estrategias de educación e información del público.

Se da particular importancia a la adopción de medidas restrictivas y de disposiciones legislativas sobre vigilancia de las concentraciones de alquitrán y nicotina en los cigarrillos, importación y exportación de cigarrillos con alto contenido de alquitrán, obligatoriedad de imprimir en los paquetes de cigarrillos avisos relativos a la salud e introducción de la educación sanitaria obligatoria sobre el hábito de fumar.

El informe, que termina con una serie de recomendaciones dirigidas por separado a los países en desarrollo, a los países desarrollados, a la OMS y al sistema de las

Naciones Unidas, se ha preparado en principio con destino a las autoridades responsables de la salud pública. Sin embargo, dado que contiene muchas informaciones de alcance general, su lectura será útil para todas las personas interesadas en los problemas sociales y de salud relacionados con el hábito de fumar.

## OTRAS PUBLICACIONES

**Adult and Continuing Education. Responding to Change.** Long, Huey B. Nueva York, Teachers College, Universidad de Columbia, 1983.

Este libro trata de los cambios que repercuten en la formación, conceptualización, estructuración, presentación y gestión creadoras de las denominadas actividades y programas de educación del adulto. Su propósito consiste en dar a conocer al ejecutivo, al administrador y al planificador de programas de diversas organizaciones de ayuda, unidades de capacitación de personal e instituciones docentes una estructura dentro de la cual se pueden identificar y analizar los cambios.

Se destaca en él que "las actividades y programas de educación forman parte de un universo mayor, y su importancia y pertinencia dimanar de unas relaciones sociales e históricas más amplias. Los acontecimientos que amenazan anodarnos o por lo menos confundirnos constituyen un reto para los educadores de adultos, independientemente del lugar en que ejerzan su profesión".

Según el autor, la educación influye en el contexto social y a su vez, la sociedad afecta a la programación educativa para adultos. Long identifica cuatro premisas que deberían servir de guía a la planificación de programas y al proceso de desarrollo de los mismos.

1. El conocimiento de cuestiones, sucesos y tendencias sociales más amplios puede resultar instructivo en la planificación de actividades y programas de educación de adultos y continua.

2. La concordancia de las actividades y la planificación de programas de educación del adulto y educación continua con las características históricas de ese campo, tales como dinamismo, pluralismo, pragmatismo y voluntarismo, les proporciona información y les beneficia.

3. Las preocupaciones filosóficas, como el propósito de la educación del adulto y educación continua y la población a la que va dirigida ejercen una acción recíproca con las variables en cada una de las presunciones.

4. La programación de la educación del adulto y continua es creadora.

Cuando se planifican programas de educación, se observa una tendencia a "globalizar" la actividad educativa, lo que supone considerar a la persona en su integridad dentro del ambiente total. Una segunda tendencia se refiere a la actuación del individuo en la vida como objetivo primordial de la educación del adulto. Una tercera tendencia es la de desarrollar la educación del adulto desde una "perspectiva exterior". Por último, una cuarta tendencia va dirigida hacia el desarrollo de esa educación desde una "perspectiva interior".

Esta publicación está dividida en 10 capítulos distribuidos en cuatro partes. La

Parte I presenta un paradigma conceptual de la planificación de programas. La Parte II trata de los temas del progreso social, progreso psicológico, progreso tecnológico en los medios electrónicos y progreso tecnológico en administración y educación. La Parte III examina los programas de 1960 y 1970 para las personas de edad, los necesitados y las mujeres. La Parte IV se refiere a la concesión de títulos o certificados y a las especulaciones sobre el futuro.

**FORMULARIO DE SUSCRIPCION / SUBSCRIPTION FORM**

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

Sírvanse suscribirme a / Please enter my subscription to

*Educación médica y salud*

POR UN AÑO <input type="checkbox"/> For 1 Year	US\$12.00
POR DOS AÑOS <input type="checkbox"/> For 2 Years	US\$22.00
POR TRES AÑOS <input type="checkbox"/> For 3 Years	US\$32.00

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*.

PUBLICACIONES CIENTIFICAS RECIENTES DE LA OPS

	Precio US\$	
No. 476	III Inter-American Meeting on Animal Health at the Ministerial Level. 1984. 204 pp. ISBN 92-75-31476-4	8.00
No. 476	III Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial. 1984. 212 pp. ISBN 92-75-11476-5	8.00
No. 475	Las drogas, el conductor y la seguridad en el tránsito. 1984. 54 pp. ISBN 92-75-31475-6	4.00
No. 474	Development and Implementation of Drug Formularies. 1984. 52 pp. ISBN 92-75-11474-9	4.00
No. 474	Elaboración y utilización de formularios de medicamentos. 1984. 60 pp. ISBN 92-75-31474-8	4.00
No. 473	Community Participation in Health and Development in the Americas. 1984. 90 pp. ISBN 92-75-11473-0	8.00
No. 473	La participación de la comunidad en la salud y el desarrollo en las Américas. 1984. 105 pp. ISBN 92-75-31473-X	8.00
No. 472	Inmunizaciones: información para la acción. 1984. 68 pp. ISBN 92-75-31472-1	6.00
No. 471	Epidemiology and Control of <i>Falciparum malaria</i> in the Americas. 1984. 50 pp. ISBN 92-75-11471-4	4.00
No. 471	Epidemiología y control de la malaria transmitida por <i>Plasmodium falciparum</i> en las Américas. 1984. 52 pp. ISBN 92-75-31471-3	4.00
No. 470	Seguridad en la calidad en medicina nuclear. 1984. 85 pp. ISBN 92-75-31470	4.00
No. 469	Seguridad en la calidad en radiología de diagnóstico. 1984. 80 pp. ISBN 92-75-31469-1	4.00
No. 468	Criterios de salud ambiental—Radiofrecuencias y microondas. 1984. 144 pp. ISBN 92-75-31468-3	8.00
No. 467	Criterios de salud ambiental No. 15—Estaño y compuestos del estaño. 1984. 113 pp. ISBN 92-75-31467-5	8.00
No. 466	Criterios de salud ambiental No. 14—Radiación ultravioleta. 1984. 115 pp. ISBN 92-75-31466-7	8.00
No. 465	Quimioterapia da lepra para programas de controle. 1984. 42 pp. ISBN 92-75-71465-7	4.00
No. 464	Women, Health and Development: An Annotated Bibliography. 1984. 114 pp. ISBN 92-75-11464-1	8.00
No. 464	La mujer, la salud y el desarrollo: una bibliografía anotada. 1984. 122 pp. ISBN 92-75-31464-0	8.00
No. 463	Certificados de vacunación requeridos para los viajes internacionales y advertencias a los viajeros. 1984. 68 pp. ISBN 92-75-31463-2	6.00
No. 462	Policies for the Production and Marketing of Essential Drugs. Technical Discussions of the XXIX Meeting of the PAHO Directing Council. 1984. 70 pp. ISBN 92-75-11462-5	6.00
No. 462	Políticas de producción y comercialización de medicamentos esenciales. Discusiones Técnicas de la XXIX Reunión del Consejo Directivo de la OPS. 1984. 80 pp. ISBN 92-75-31462-4	6.00
No. 461	Salud maternoinfantil y atención primaria en las Américas—Hechos y tendencias. 1984. 356 pp. ISBN 92-75-31461-6	8.00
No. 460	Prevention and Control of Genetic Diseases and Congenital Defects. Report of an Advisory Group. 1984. 32 pp. ISBN 92-75-11460-9	4.00
No. 460	Prevención y control de las enfermedades genéticas y los defectos congénitos. Informe de un Grupo de Consulta. 1984. 32 pp. ISBN 92-75-31460-8	4.00
No. 460	Prevenção e controle de enfermidades genéticas e os defeitos congênitos. Relatório de um Grupo de Consulta. 1984. 36 pp. ISBN 92-75-71-460-6	4.00
No. 459	Experiencias nacionales en el empleo de trabajadores de salud de la comunidad. Examen de algunas cuestiones y problemas actuales, por Virginia Ófosu-Amaah. 1984. 72 pp. ISBN 92-75-31459-4	6.00
No. 458	Trastornos depresivos en diferentes culturas. 1983. 166 pp. ISBN 92-75-31458-6	8.00
No. 457	Pautas para capacitar en nutrición a trabajadores comunitarios de salud. 1983. 206 pp. ISBN 92-75-31457-8	7.00
No. 456	Compêndio Codificado da Classificação Histológica Internacional de Tumores. 1983. 144 pp. ISBN 92-75-71456-8	8.00
No. 455	Criterios de salud ambiental No. 13—Monóxido de carbono. 1983. 136 pp. ISBN 92-75-31455-1	8.00
No. 454	Criterios de salud ambiental No. 12—El ruido. 1983. 108 pp. ISBN 92-75-31454-3	8.00
No. 453	Criterios de salud ambiental No. 11—Micotoxinas. 1983. 140 pp. ISBN 92-75-31453-5	8.00
No. 452	Diagnosis of Animal Health in the Americas. 1983. 284 pp. ISBN 92-75-31452-7	8.00
No. 452	Diagnóstico de la salud animal en las Américas. 1983. 288 pp. 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 pp. ISBN 92-75-31451-9	7.00
No. 450	Ambiente, nutrición y desarrollo mental. 1983. 86 pp. ISBN 92-75-31450-0	7.00
No. 449	Managerial Analysis of Health Systems. Technical Discussions of the XXI Pan American Sanitary 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. 1983. 63 pp. ISBN 92-75-31449-7	5.00

**Pedidos a:** *Distribución y Ventas, Organización Panamericana de la Salud,*  
 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, EUA,  
 o bien a *BIREME, Centro Latinoamericano de Información en Ciencias*  
*de la Salud de la OPS, Caixa Postal 20381 (04023), São Paulo, SP, 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 las 21 repúblicas americanas, confirió funciones y deberes más amplios a la Oficina como órgano central coordinador de las actividades sanitarias internacionales en las Américas. La XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, 1947) aprobó un plan de reorganización en virtud del cual la Oficina se convirtió en el órgano ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana, cuya Constitución fue aprobada por el Consejo Directivo en su primera reunión celebrada en Buenos Aires ese mismo año.

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana (San Juan, Puerto Rico, 1958) decidió cambiar el nombre de la Organización Sanitaria Panamericana por el de Organización Panamericana de la Salud. El nombre de la Oficina no

fue modificado.

En virtud del acuerdo celebrado entre la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud en 1949, la Oficina Sanitaria Panamericana asumió las funciones de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. La Organización Panamericana de la Salud es reconocida también como organismo especializado interamericano en el campo de salud pública con la más amplia autonomía en la realización de sus objetivos.

Los propósitos fundamentales de la Organización Panamericana de la Salud son la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes. En el cumplimiento de sus propósitos, la Oficina colabora con los Gobiernos Miembros en pro del desarrollo y mejoramiento de los servicios nacionales y locales de salubridad, facilita los servicios de consultores, concede becas de estudio, organiza seminarios y cursos de capacitación, coordina las actividades de los países limítrofes en relación con problemas comunes de salud pública, recopila y distribuye información epidemiológica y datos de estadística de salud, y desempeña otras funciones afines.



### GOBIERNOS MIEMBROS DE LA OPS

Antigua y Barbuda	Costa Rica	Guatemala	Perú
Argentina	Cuba	Guyana	República Dominicana
Bahamas	Chile	Haití	San Cristóbal y Nieves
Barbados	Dominica	Honduras	San Vicente y Granadinas
Belice	Ecuador	Jamaica	Santa Lucía
Bolivia	El Salvador	México	Suriname
Brasil	Estados Unidos de América	Nicaragua	Trinidad y Tabago
Canadá	Grenada	Panamá	Uruguay
Colombia		Paraguay	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**

**Oficina Central:** 525 Twenty-third Street, N.W.,  
Washington, D.C., 20037, E.U.A.



## **CONTENIDO**

**INVESTIGACION SOBRE PERSONAL DE SALUD: ANALISIS DE PRIORIDADES  
Y ORIENTACIONES DE POLITICA**

**TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS DE LA INVESTIGACION SOBRE EL PERSONAL  
DE SALUD EN LAS AMERICAS**

**MEDICINA FAMILIAR NO BRASIL**

**EL FUTURO DE LA ATENCION PRIMARIA**

**FUNCION DE LAS UNIVERSIDADES EN LAS ESTRATEGIAS DE  
SALUD PARA TODOS**

**GRUPO DE TRABAJO SOBRE INVESTIGACION DE PERSONAL DE SALUD**

**DISCUSIONES TECNICAS, 37ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD**

**NOTICIAS**

**LIBROS**

