

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. 3
1985

Editorial

- 259 La universidad y la salud para todos en el año 2000—*Carlyle Guerra de Macedo*

Artículos

- 266 Modelo para la evaluación del plan de estudios de la escuela de medicina—*Mariela Montilva de Mendoza y Miriam Ripantil de García*
- 284 La enseñanza básica de enfermería para la atención primaria de salud en el Caribe de habla inglesa—*Una V. Reid*
- 302 Función metodológica del concepto de salud en la evaluación de la meta de salud para todos en el año 2000—*Carlos Quirós Salinas y Jorge Alarcón Villaverde*
- 313 La investigación en enfermería como instrumento de cambio en la práctica y en la formación de recursos humanos—*Ieda Barreira y Castro y María Cecilia Puntel de Almeida*

Reseñas

- 337 La ética de la remuneración médica—*Luis Carlos G. Lobo*
- 341 Residencia médica en el Brasil: Situación actual y perspectivas—*Evandro Guimarães de Sousa*
- 344 Oficinas Técnicas de Educación Universitaria—*E. Guzmán y A. P. Cristoffanini*

Noticias

- 351 Programa de Adiestramiento en Salud Internacional de la OPS
- 355 Nuevo Director Adjunto de la Oficina Sanitaria Panamericana
- 356 X Conferencia Panamericana de Educación Médica
- 356 Curso de Posgrado en Salud Pública en México
- 357 Cursos sobre Tuberculosis
- 357 Premio OMS de Educación en Atención Primaria
- 358 Congreso sobre Neumología y Enfermedades del Tórax

Libros

- 359 Publicaciones de la OPS y de la OMS
- 364 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 educativos e investigación en educación médica y desarrollo de recursos humanos para la salud. En lo posible, no deberán exceder de 3,000 palabras y habrán de venir acompañados de un resumen breve. Las referencias bibliográficas

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

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

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

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

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

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

NOTICE TO AUTHORS

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

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

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

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

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

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

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

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

Editorial

LA UNIVERSIDAD Y LA SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

CARLYLE GUERRA DE MACEDO

Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

Las universidades deben constituirse en la conciencia crítica de la sociedad y, en esa calidad, ser el principal instrumento para promover las transformaciones necesarias. En efecto, durante el transcurso de nuestra historia, ha sido en ellas donde han germinado los principios de cambio y las ideas innovadoras que podrían convertirse en propuestas de transformación de nuestras sociedades. En la práctica, sin embargo, las universidades no han llegado a cumplir esa función renovadora.

El proceso social, de naturaleza predominantemente política, en nuestros países se ha caracterizado por la inercia o resistencia al cambio, expresión fundamental de la actitud conservadora prevaleciente. La universidad, como síntesis del proceso social y espejo de las contradicciones que se observan en la sociedad, apuntala ese comportamiento, perpetuándose internamente como estructura conservadora, aunque se pronuncien en ella discursos revolucionarios. En consecuencia, ha servido sobre todo para consolidar el *status quo* de nuestras sociedades, mediante la consolidación o reproducción de valores establecidos o alienantes.

Esto se expresa en algunos aspectos de la generación de conocimientos—una de las funciones básicas de la Universidad—que en lugar de encauzarse hacia el cambio o la transformación, se concentra fundamentalmente en la duplicación de conocimientos originados en el exterior, es decir, producidos en sociedades estables o en vías de estabilización, que seguramente no son los modelos más adecuados para apoyar el proceso de reformulación que necesitamos.

Por otro lado, como consecuencia de ese proceso global, la universidad tiende a aislarse en la ejecución de sus actividades, aun cuando se propone incorporarse al movimiento social. Los claustros del pasado han subsistido hasta nuestros días; modificados sí, pero aún presentes.

En ese contexto merece considerarse especialmente la proposición de que la formación de recursos humanos debe orientarse hacia la atención de las necesidades reales de salud de la población como un todo. De hecho, esa proporción que se basa en el valor que exponemos los que pretendemos

transformar y edificar sociedades más justas, en proclamaciones de equidad, hasta hoy no ha sido más que una utopía.

En términos concretos, las demandas hechas por la población no reflejan adecuadamente las necesidades sociales. Los servicios de salud, a lo largo del proceso histórico que les dio forma, se han encaminado fundamentalmente a satisfacer los requerimientos de los grupos que, por una mayor participación en la distribución del poder, han podido sustentar e imponer sus exigencias en la distribución de los escasos recursos de la sociedad. Son esos grupos los que pueden expresar sus demandas.

Esa concreta realidad política convierte el concepto de adecuación de los recursos humanos a las necesidades de salud de la población en una quimera buscada, anhelada e incluso necesaria, pero que nunca ha dejado de ser una quimera. Contra la voluntad de muchos en la universidad y pese a los esfuerzos realizados por evitarlo, la realidad es que la formación de los recursos humanos sigue orientándose hacia la atención de las demandas sociales y la práctica médica que requieren las minorías.

En consecuencia, los métodos de planificación empleados para el desarrollo de los recursos humanos de salud encierran graves limitaciones. Cuando esos recursos se conciben en función de necesidades definidas desde el punto de vista técnico, los planes formulados no se ajustan a la realidad. Sin embargo, si los recursos se proyectan según las demandas expresadas—y sustentadas políticamente de acuerdo con la distribución del poder social—estamos apoyando el mantenimiento del *status quo* y pasando por alto la atención de los grupos carentes de poder. Lo mismo sucede cuando se planifican los recursos humanos de acuerdo con la oferta de servicios o recursos disponibles, pues la situación es el resultado histórico de una evolución social caracterizada por persistentes desigualdades. Esta es la gran contradicción que existe entre lo que nos proponemos hacer y lo que de hecho se cumple. Dentro de esa contradicción hay ciertas verdades evidentes, de las cuales, en esta ocasión, cabe destacar dos.

La primera es que tanto las acciones concretas de salud como las condiciones en que se realizan (incluidas las condiciones de trabajo y, sobre todo, las de empleo o utilización de la fuerza de trabajo), definen o determinan el tipo, la estructura y la composición de los recursos humanos en salud de una sociedad.

Si se relaciona ese hecho con la función que la universidad ejerce en la validación del proceso social veremos que, de hecho, la universidad, en su función de formar profesionales, no responde a las necesidades de salud de la población sino más bien a los requerimientos sociales expresados en la demanda efectiva. La universidad, por lo tanto, cumple con sus obligaciones ante la sociedad y atiende, aunque a veces con demora, las demandas reales y concretas que esta le impone. No obstante, al hacerlo reafirma las prácticas que satisfacen esas demandas sin desarrollar procesos y acciones para cambiar las condiciones que las generan.

La segunda verdad que se percibe a través de la contradicción notada se refiere a la influencia que ejerce la tecnología como factor determinante de rigidez y anquilosamiento en las prácticas de salud, lo cual constituye uno de los grandes desafíos del momento. El problema reside, primero, en la propensión de nuestras sociedades y de los sistemas de salud pertinentes a incorporar—por lo general acríticamente—las más sofisticadas tecnologías de vanguardia y, segundo, en la forma en que las utilizan.

Los sistemas de salud de América Latina destinan actualmente del 80 al 90% de los recursos disponibles a la prestación de servicios en los niveles de atención secundario y terciario. Esto indica que, a pesar de la insistencia en lo que ya son temas antiguos, la prevención de enfermedades, promoción de la salud y atención primaria no han surtido efectos significativos en la transformación de la estructura de los servicios ni en la distribución de los recursos. Las observaciones empíricas realizadas en algunos países de la Región indican que del 15 al 30% de las atenciones prestadas en los niveles secundario y terciario son absolutamente innecesarias. Considerando solo la cifra menor, del 15%, frente al 80 ó 90% de todos los recursos dedicados a esos niveles de atención, es fácil deducir que la cantidad de recursos desperdiciados en actividades innecesarias es superior a la que se invierte en prevención, fomento e incluso en programas específicos de atención primaria. Si a ello se agregan la ociosidad y la falta de adecuación tecnológica específica, podemos afirmar que en América Latina se está desperdiciando por lo menos una tercera parte de los recursos disponibles para la atención de salud de la población. Calculada en dólares esa cantidad oscilaría entre unos 10.000 y 14.000 millones anuales, aproximadamente. Aparte de la situación política, la cuestión tecnológica quizá sea el factor principal que propicia la situación. No solamente condiciona directamente el empleo inadecuado de los recursos sino también el comportamiento de los agentes productores y de los consumidores, los patrones de organización y operación de los sistemas y de las unidades productoras, y la asociación de intereses ajenos a la salud de la población. Deben efectuarse grandes cambios y es en esta área donde el sector salud enfrenta uno de sus mayores desafíos: la evaluación y revisión del proceso tecnológico global y de tecnologías específicas. El superarlo constituye la condición *sine qua non* para desembarazar el camino y alcanzar la meta de salud para todos con equidad, efectividad, eficiencia y participación.

En vista de los comentarios anteriores, cabría preguntar en qué medida la universidad, como integrante de la sociedad, ha participado en muchos de los esfuerzos desplegados para resolver esos problemas.

Lo que se relata a continuación guarda una relación más directa con la formación del médico pero puede tomarse como ejemplo de lo que ocurre en la formación del personal de salud de otras categorías profesionales.

En lo que va del siglo se han manifestado muchos movimientos e iniciativas en lo que respecta al proceso de formación profesional. El primer movimien-

to, que quizá sea el más antiguo y aún continúa vigente, partió de la necesidad de desarrollar las escuelas y las instituciones para permitir una mejor capacitación tecnicocientífica de los recursos humanos. Ese fue el "flexnerianismo", iniciado hace más de 70 años y todavía expresado en muchas de las actividades formativas de nuestras universidades. Aunque tuvo consecuencias y resultados muy importantes, fue también y sigue siendo un factor contribuyente a algunos de los despropósitos que hoy tenemos que afrontar. Basado en un paradigma fundamentalmente biológico y casi mecanicista para la interpretación de los fenómenos vitales, ese movimiento generó, entre otras cosas, el culto a la enfermedad y no a la salud, y la devoción a la tecnología y a la asistencia compleja—que se expresa en la veneración del hospital—bajo la presunción ilusoria de que ese sería el centro de actividad científica y de atención a la salud.

Como reacción a ese movimiento surgió una nueva orientación vinculada a la medicina preventiva y social, que brindó aportes importantes a los conocimientos médicos. Estimuló además el progreso en el área de la planificación y organización de los servicios, que se habían mantenido siempre como actividades o experiencias al margen de las universidades y de los sistemas de servicios de salud y, en consecuencia, excluidas de la práctica social de la atención de salud integral. Si bien ello representó un gran avance, fue insuficiente.

Presenciamos igualmente un movimiento todavía activo que promueve una mejor formación mediante el desarrollo y la aplicación de tecnologías didácticas. A medida que las varias escuelas interpretan el proceso de enseñanza-aprendizaje, cada una formula y desarrolla metodologías específicas para mejorar el proceso de enseñanza. Tanto las escuelas estructuralistas como las basadas en conceptos y prácticas sobre la vida y, sobre todo, las escuelas funcionales y del comportamiento dieron origen a distintas tecnologías educacionales. Sin embargo, todas han acusado limitaciones al aplicarse al contexto más amplio del fenómeno de la salud y del lugar que deben ocupar las tecnologías en los elementos de formación relacionados con las prácticas sociales de salud.

Hace poco surgió también el movimiento de integración docente-asistencial, que procura lograr la articulación e integración de las actividades de enseñanza e investigación con los aspectos propios del sector asistencial. Como variante de ese movimiento, y tal vez como experiencia piloto, actualmente estamos intentando la integración docente-asistencial en salud en el ámbito de las realidades concretas de comunidades específicas o como parte de proyectos integrados de desarrollo comunitario.

En América Latina, por lo general, esos movimientos solo se han concretado en ensayos aislados y poco reproducibles. Demuestran una línea de conducta de la universidad que la caracteriza como estructura externa a la práctica social de la salud. Por otro lado, son un modo de comprobar que, en última instancia, es la práctica social de salud la que prevalece y la que

debe convertirse en núcleo dinámico y motor del proceso de transformación que todos deseamos. La aceptación de ese hecho es ya casi universal. Define la manera en que la universidad puede cumplir con su función crítica e innovadora: insertándose en esa práctica y ayudando efectivamente a cambiarla.

Salud para todos es un nuevo desafío y, más que un lema de escaso significado, constituye una doctrina de acción expresada en tres conceptos fundamentales: 1) el concepto de equidad, la quimera y utopía que debemos perseguir a pesar de todo; 2) el concepto de eficacia/eficiencia, porque no es justo que continuemos desperdiciando los escasos recursos de salud disponibles mientras se mantiene una parte importante de la población privada de atención y los costos sociales se elevan en forma extraordinaria, y 3) la idea de que la salud para todos exige la participación no solo del personal de salud sino también de la propia población, las comunidades, los gobiernos, las sociedades y las naciones, y que esa participación debe asumir una dimensión intersectorial.

Las proyecciones para el año 2000—que está apenas a unos 15 años de nuestros días—indican que en América Latina y el Caribe tendremos que hacer frente a las necesidades de unos 180 millones de nuevos habitantes que vivirán todos en ciudades, con patrones de consumo y demanda propios de una cultura urbana en constante expansión. La población tendrá una proporción más alta de gente mayor y será más exigente desde el punto de vista social y político.

Tendremos que enfrentarnos a un ambiente sometido a intensas presiones producidas simultáneamente por la actividad económica y el propio comportamiento social, lo que empeora la situación y redundando en mayor agresividad y complejidad. Estamos, por ende, frente a una transformación que cada día se hace más patente en la participación relativa de las enfermedades.

Cuando todavía no hemos superado los problemas de salud más sencillos, prevenibles con tecnologías poco complejas de las que disponemos hoy día, los trastornos cronicodegenerativos adquieren proporciones cada vez mayores y un predominio progresivo. Si no fuimos capaces de resolver los problemas relativamente sencillos que teníamos que afrontar en el pasado, ¿podremos hacerlo ahora que son más complejos y estamos apenas a 15 años del año 2000? La respuesta puede ser afirmativa si iniciamos la revolución necesaria en el campo de la salud, que consiste en ajustar el foco de atención predominante que se da a la enfermedad, dirigiéndolo a la preocupación concreta y prioritaria por la salud. Ese enfoque se expresa en la utilización plena de la atención primaria; no solo en forma de programas aislados destinados a atender las poblaciones marginadas sino especialmente como estrategia para la evaluación y revisión de todo el sistema de salud y, en particular, de sus niveles de atención más complejos, es decir, como mecanismo de renovación del sistema de salud en su totalidad, para ponerlo

al servicio de la población. Dentro de esa estrategia deberá considerarse específicamente la importancia de la formación de recursos humanos, conferir capacidad de solución a los servicios de nivel primario de atención e incorporarlos al sistema para que sirvan como instrumento de transformación de los niveles secundario, terciario y cuaternario. En cuanto al desafío tecnológico antes mencionado, no se trata de eliminar la tecnología compleja que es necesaria y conveniente sino de colocarla dentro de los límites y condiciones adecuados de manera que sea realmente útil para la salud de la población.

Ese proceso exige igualmente que la salud sea, por definición, parte integral del desarrollo para que las soluciones de las crisis, como la que vivimos en el presente, no menoscaben la atención a las necesidades básicas de la población y los sistemas y los métodos de planificación del desarrollo incluyan la salud en forma explícita, no como consecuencia marginal o residuo de la manipulación de las variables económicas.

Por último, esta proposición comprende el desafío de lograr que en esta región del mundo se establezcan mecanismos de cooperación efectiva entre los pueblos, gobiernos, instituciones y sociedades de diferentes países y dentro de cada país. Cooperación para que cada porción de trabajo realizado ayude al adelanto general. Cooperación para forjar una nueva realidad social en la que prevalezcan los tres conceptos y principios más importantes de nuestra cultura: libertad, democracia y justicia social. Cooperación que sirva también para fundar la paz, que como la justicia social, la democracia y la libertad, sea otra de las muchas dimensiones de la salud.

De todo lo expuesto se desprende que el desafío que debemos afrontar para lograr esa meta y doctrina de salud para todos en el año 2000 es, sobre todo, de índole política y a la vez tecnoadministrativa. Es preciso impulsar o intensificar el empeño de contraer el compromiso que permita afrontar ese desafío político con probabilidades de éxito.

Las experiencias del pasado no nos alientan a creer que seamos capaces de superarlo porque primero es forzoso que nos transformemos a nosotros mismos como personas y como instituciones; pero sueño con una nueva universidad, una nueva universidad de compromiso, una nueva universidad de servicio y al servicio de la construcción de nuevas sociedades. Si lo que proponemos es una nueva quimera, es una quimera que tenemos que perseguir con ahínco y sin desmayo para que al fin pueda formarse al personal de salud necesario, el que debe cumplir con el compromiso social, el que resolverá los problemas de salud; en fin, personal para crear salud. La formación de recursos humanos será entonces un continuo en su método y práctica, un continuo de los procesos de enseñanza y aprendizaje, investigación y prestación de servicios.

No será fácil cumplir con tan ardua tarea; además el análisis de la situación actual y las perspectivas que de ella se derivan, nos dan pocos motivos de optimismo. El momento crítico que estamos viviendo dificultará aun más

la situación. El trance económico limita las posibilidades de asignación de recursos a los sectores sociales, a la solución de problemas y a la disponibilidad de insumos críticos. La crisis política conduce al deterioro de las relaciones sociales en los países, tanto internas como internacionales, y desvía la atención debida a los problemas esenciales de la vida. Es también una época de crisis en las costumbres y la cultura. Todo esto crea impedimentos mucho mayores de los que hemos tenido que vencer en el pasado. Sin embargo, seguimos convencidos de que la meta que nos proponemos alcanzar y la doctrina que definimos pueden convertirse en realidad si mantenemos la voluntad firme en el compromiso adquirido, aunque ello signifique creer—a pesar de la realidad e incluso de la propia razón—en el destino del hombre y en nuestra capacidad de forjarlo. La universidad, más que cualquiera otra institución, debe ser el ámbito y el instrumento de ese esfuerzo de autocrítica: esa es la condición para que pueda convertirse en conciencia crítica de la sociedad y en dinamismo de su transformación.

Modelo para la evaluación del plan de estudios de la carrera de medicina

MARIELA MONTILVA DE MENDOZA Y MIRIAM RIPANTI DE GARCIA¹

INTRODUCCION

El plan de estudios de cualquier disciplina y profesión debe tener ciertas características que hagan coherente el proceso de enseñanza-aprendizaje, y que pueden ser evaluadas a fin de determinar su presencia y las desviaciones del objetivo central del currículo.

Con dicha evaluación también se pueden hacer análisis y establecer comparaciones entre diferentes planes de estudios o cambios curriculares, en términos de rendimiento estudiantil, metodología de enseñanza apropiadas, adecuación de los egresados a las necesidades reales del país, correlación con el sistema de evaluación de los estudiantes, etc. Asimismo, con la objetividad en la detección de las fallas, se pueden diseñar mejores programas y establecer metas para lograr un currículo ideal.

En base a los conocimientos actuales sobre características ideales de todo plan de estudios (1-4) en la Escuela de Medicina de la Universidad Centro-Occidental de Venezuela se diseñó un modelo de evaluación con el fin de determinar la presencia o cuantía de estas características en el plan vigente, y poder así localizar objetivamente sus fallas.

MARCO TEORICO: PLAN DE ESTUDIOS

Las variables que se analizaron en la evaluación realizada fueron las siguientes:

1. *Formulación de los programas de las asignaturas:*

Es reconocida la importancia de los objetivos formulados dentro de los programas, como guía para el aprendizaje y la evaluación del estudiante.

Estos objetivos tienen ciertas características que los hacen ideales, como son el ser *factibles* de realizar, y de ser *observados*, que especifiquen el patrón de rendimiento y las condiciones para alcanzar el objetivo. Además, los

¹Médicos-Docentes de la Escuela de Medicina de la Universidad Centro-Occidental "Lisandro Alvarado", Barquisimeto, Lara, Venezuela, e integrantes de la Comisión de Evaluación Institucional.

objetivos pueden situarse en las diversas áreas y niveles del aprendizaje (5) como son:

- a) Area cognoscitiva con los niveles de memoria, comprensión, aplicación, ejecución.
- b) Area psicomotriz, con los niveles de ejecución y automatización.
- c) Area afectiva con los niveles de reconocimiento y valorización.

Como es lógico, mientras mayor sea el nivel exigido en cada área más eficiente será el aprendizaje.

2. *Coherencia interna de los programas:*

Todas las actividades planificadas para las asignaturas deben ser coherentes con los objetivos, esto es, permitir el logro de los objetivos específicos propuestos. Asimismo, los objetivos deben ser coherentes con los contenidos impartidos.

3. *Cumplimiento de la estrategia curricular:*

El aprendizaje debe conservar una secuencia lógica, por etapas. En nuestra Escuela se establece una estrategia curricular “por etapas de complejidad creciente, siguiendo la secuencia del acto médico: hombre sano, mecanismos de agresión y defensa, diagnóstico sindromático, diagnóstico nosográfico, manejo del enfermo y de la enfermedad” (6).

De esta forma la carrera de medicina guarda la siguiente secuencia: 1) Area básica (hombre sano); 2) Area preclínica (mecanismos de agresión y defensa, diagnóstico sindromático); 3) Area clínica (diagnóstico nosográfico, manejo del enfermo).

4. *Congruencia del plan de estudios con los objetivos de la institución:*

Las actividades y los objetivos establecidos deben ser coherentes con los objetivos generales de la institución en la formación de recursos humanos. En el caso de nuestra Escuela de Medicina, uno de los objetivos es “formar un médico general con una carga científico-humanística suficiente para resolver los problemas de salud de la comunidad, a nivel primario del ejercicio de la medicina, y comprender el proceso salud-enfermedad, no solamente desde el punto de vista individual, sino desde el punto de vista social o colectivo”.

Por ello, los objetivos y las actividades del plan deberían estar dirigidos primordialmente hacia la enseñanza de la medicina a nivel primario, tanto individual como colectivo.

En este sentido, se aplica la clasificación de los niveles de atención médica definidos así: (7)

Atención primaria: Aquella a la cual tiene acceso directo la población, convirtiéndose así en la puerta de entrada al sistema de atención médica, donde se asegura una atención permanente y longitudinal del individuo y

su comunidad aun en ausencia de enfermedad, ofreciendo una atención integral que haga frente a todas las necesidades del paciente, su familia y su comunidad. Implica un ejercicio general de la profesión.

1) Area básica (hombre sano); 2) Area preclínica (mecanismos de agresión y defensa, diagnóstico sindromático); 3) Area clínica (diagnóstico nosográfico, manejo del enfermo).

Atención secundaria: Se concibe como un nivel de referencia en donde funcionan las especialidades básicas en la atención médica: medicina, pediatría, obstetricia y cirugía.

Este nivel está respaldado por una infraestructura de diagnóstico paraclinico y tratamiento adecuado, tanto al grado de resolución de problemas (de acuerdo con las especialidades que lo conforman) como para poder cumplir con las funciones preventivo-curativas tanto ambulatorias como de hospitalización que le sean asignadas.

Atención terciaria o regional: Debe basarse en la presentación de una atención médica integral, pero a las especialidades básicas se le suma el grupo más completo de subespecialidades para darle a la región el mayor grado de autonomía para resolver la problemática de salud-enfermedad y, por otro lado, se facilita el desarrollo de una investigación clínica de alto grado tecnológico.

Asimismo se considera de gran importancia en nuestra Escuela la enseñanza y ejecución de la medicina social y preventiva, por ello se estudió la proporción de actividades correspondientes a cada nivel de prevención, utilizando la definición y clasificación de Leavall y Clark (8). La prevención se define como todos aquellos procedimientos por los cuales se anticipa o detiene el avance de las enfermedades en cualquiera de las etapas de su historia natural y se clasifica en:

Prevención primaria, cuyo objetivo final es promover un estado óptimo de salud y proteger específicamente al hombre contra los diferentes elementos que intervienen en la producción de la enfermedad, y que tiene dos niveles: fomento de la salud y protección específica.

Prevención secundaria, en la que las acciones se efectúan en el período patogénico y que trata que la enfermedad ya instalada no avance, de manera de impedir el mayor deterioro del hombre. Comprende el tercer nivel: diagnóstico precoz y tratamiento inmediato.

Prevención terciaria, que trata de impedir la incapacidad total o la muerte del individuo y que comprende el cuarto y el quinto nivel: limitación del daño y rehabilitación, respectivamente. En el cuadro 1 se resumen las actividades correspondientes a cada nivel de prevención.

Cuadro 1. Actividades correspondientes a cada nivel de prevención.

Fomento de la salud	Protección específica	Diagnóstico precoz y tratamiento inmediato	Limitación del daño	Rehabilitación
1. Nivel	2. Nivel	3. Nivel	4. Nivel	5. Nivel
Educación sanitaria Alimentación y estado nutricional y adecuado				
Prevención primaria	Inmunizaciones específicas	Exámenes clínicos selectivos	Hospitalización Cirugía	Hospitales especializados en rehabilitación
Deportes	Saneamiento ambiental			
Vivienda	Adecuada higiene personal	Exámenes de laboratorio	Tratamiento clínico con medicamentos específicos	Psicoterapia de apoyo
Recreación				
Exámenes periódicos de salud	Prevención de accidentes del trabajo	Exámenes instrumentales		Terapia ocupacional
Plena ocupación	Prevención de accidentes en general	Consulta de planificación	Atención domiciliaria	Medidas para la utilización del rehabilitado en el trabajo
Ingresos adecuados		Consultas con especialistas		
Niveles óptimos de educación	Exámenes selectivos periódicos	Tratamientos específicos	Facilidades socioeconómicas	Pleno empleo
	Educación sanitaria	Atención del parto	Apoyo al núcleo familiar, psíquica y socialmente	Colonias para el incapacitado total
		Seguimiento del paciente		Ayuda socioeconómica al núcleo familiar
		Notificación de casos		

Fuente: Basado en Leavell y Clark. En: Rosenblat, Enrique. *Conceptos de Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria*. Unidad de Autoinstrucción. UCLA, 1979.

5. *Equilibrio entre las actividades teóricas y prácticas:*

En el plan de estudios debe haber una proporción adecuada entre las actividades de tipo teórico y las de tipo práctico que permita que el individuo "aprenda actuando". No se conoce la proporción ideal entre actividades por asignaturas pero la Organización Panamericana de la Salud (9) recomienda como proporción ideal un 40% de clases teóricas y un 60% de actividades prácticas (con tendencia a aumentar estas).

6. El plan de estudios debe tener *transferencia vertical* según la cual cada contenido debe ser importante y aplicable a niveles posteriores del proceso de aprendizaje, y en las tareas que deba realizar el producto del proceso una vez que este ha finalizado.

7. Por último el plan de estudios debe tener *continuidad*, en el sentido de que los contenidos se impartan con complejidad creciente a través del tiempo, y con lapsos mínimos de tiempo que impidan su olvido y faciliten su aplicabilidad. En la presente evaluación, dado el tiempo disponible, no pudo realizarse formalmente el análisis de continuidad, pero durante el proceso de discusión emergieron problemas relacionados con este aspecto.

Para los aspectos evaluados, salvo las excepciones anotadas, no conocemos criterios precisos y objetivos para la evaluación del currículo en la Escuela de Medicina. Por ello el análisis hecho fue predominantemente descriptivo, aunque se anotaron las opiniones y los juicios emitidos por los profesores durante la discusión del plan.

METODOLOGIA UTILIZADA PARA EL ANALISIS DEL PLAN DE ESTUDIOS

Una vez definidos las variables a evaluar en el plan de estudios, se procedió al diseño de una matriz de estructura lógica para cada variable, la cual contiene los objetivos de la evaluación, la variable a evaluar, los indicadores, el criterio de evaluación, y las fuentes de datos, que en este caso fueron siempre los programas de las asignaturas (véase el anexo 1).

En base a lo anterior, se diseñó una matriz de asociación de variables y de recolección de datos para cada variable, la cual permite mayor objetividad en el trabajo. Se reunió a un grupo de profesores conocedores del currículo, representantes de cada asignatura, con los cuales se realizó un taller para la recolección de los datos y la discusión de los resultados.

A continuación se detallan las matrices utilizadas para cada variable:

Objetivo No. 1:

Evaluar la estructura de cada programa del plan de estudios y su ajuste al diseño instruccional (véase la matriz No. 1 en el anexo 1).

El diseño instruccional es el modelo normativo para los programas de nuestra Escuela de Medicina. Comprender el diseño de objetivos generales de la unidad, objetivos específicos, contenidos, actividades.

Se estudió el 100% de los programas, investigando la presencia de estas variables. En los objetivos específicos se estudió la calidad de su formulación en vista de que en ocasiones se confunde el término con propósitos de cátedra u objetivos generales.

Objetivo No. 2:

Evaluar la formulación de los objetivos específicos (véase la matriz No. 2).

Para este análisis se estudió el 50% de los objetivos específicos de cada programa a fin de constatar la presencia de las características previamente señaladas (factibilidad, observabilidad, patrón de rendimiento especificado, condiciones para efectuarlo), y se evaluó el nivel alcanzado por cada objetivo en las diferentes áreas del aprendizaje.

Objetivo No. 3:

Evaluar la coherencia interna de los programas. En cada uno de los programas se estudió el porcentaje de contenidos acorde a los objetivos, y el porcentaje de las actividades diseñadas que permiten alcanzar el logro de los objetivos. Los resultados se presentaron como porcentajes de coherencia objetivos-contenidos y objetivos-actividades (matriz No. 3).

Objetivo No. 4:

Evaluar la adecuación de cada asignatura al nivel donde se imparte, para determinar el cumplimiento de la estrategia curricular.

Una vez conocidas las etapas de la estrategia curricular, se analizaron todos los objetivos o, en su defecto, los contenidos de cada asignatura a fin de determinar a cuál etapa correspondían. De allí se obtuvo el porcentaje de objetivos por unidad correspondiente a cada nivel: hombre sano, mecanismos de agresión y defensa, diagnóstico sindromático, diagnóstico nosográfico, manejo del enfermo (matriz No. 4).

Objetivo No. 5:

Analizar el tipo de actividades diseñadas en cada una de las asignaturas en relación con los niveles de prevención de Leavell y Clark para establecer la congruencia entre las actividades y los objetivos de la Escuela de Medicina (formación de un médico general capacitado para ejercer a nivel primario y resolver los problemas de salud de la comunidad).

Para este estudio, se analizaron las actividades contempladas en cada programa de la siguiente forma:

- a) Las actividades del área clínica fueron clasificadas según el nivel de prevención, al cual corresponden: fomento de salud, protección específica, diagnóstico y tratamiento precoz, limitación del daño, re-

habilitación (para cuantificar el número de horas correspondientes a cada una de ellas).

- b) Las actividades se clasificaron, según ambientes de trabajo: en hospitales, centros de atención médica primaria y en la comunidad.
- c) La distribución de la carga horaria dedicada a cada nivel de prevención se analizó después, según cada ambiente de trabajo.
- d) Los programas del área básica y preclínica (o “programas de apoyo básico”), en general son útiles para la ejecución posterior de actividades en todos los niveles de prevención, por lo que solo se distribuyeron en dos grupos: programas para fomento de la salud y programas para el apoyo de los demás niveles de prevención (matriz No. 5).

Objetivo No. 6:

Identificar el tipo de actividades que se realizan durante el curso de la carrera médica y determinar si están equilibradas las cargas horarias de actividades teóricas y prácticas de cada semestre.

Las actividades se clasificaron en dos grupos:

- a) Teóricas, que comprenden clases magistrales y seminarios.
- b) Prácticas, que comprenden laboratorios, trabajo asistencial, trabajo de campo y otros.

Se les pidió a los coordinadores de asignaturas que detallaran el número de horas por alumnos dedicado a cada una de las actividades en las asignaturas. Posteriormente se analizaron las proporciones de las actividades teóricas y prácticas por asignaturas, semestre y globalmente, utilizando el criterio de la OPS ya comentado (matriz No. 6).

Objetivo No. 7:

Estudiar la transferencia vertical de los contenidos del plan de estudios (matriz No. 7).

Ya se definió la transferencia vertical como la aplicabilidad de los conocimientos impartidos durante la carrera en las tareas finales que realizará el egresado. Su análisis es sumamente complejo, dada la gran cantidad de contenidos. Para este fin se utilizó un documento elaborado en la Oficina de Educación Médica en el que aparecía el “Perfil Profesional del Egresado de la Escuela de Medicina”, y en el que se especifican las tareas que debe realizar el médico general tanto a nivel preventivo como curativo en la esfera pediátrica, obstétrica y adultos.

Para ese estudio, el representante de cada asignatura revisó cada una de las tareas del perfil (enumeradas previamente) para determinar la aplicabilidad de los contenidos de asignaturas en relación con estas tareas. De esta manera se pudo establecer cuáles contenidos no tenían aplicación en las

tareas estipuladas. Dichos contenidos fueron discutidos y clasificados en cuatro grupos:

- a) Contenidos necesarios para la formación del médico general, pero ignorados en el documento del perfil profesional.
- b) Contenidos necesarios como base para otros contenidos.
- c) Contenidos que se justifican como conocimiento general, pero no indispensable.
- d) Contenidos irrelevantes.

Objetivo No. 8:

Identificar aquellas deficiencia del plan de estudios que no permitan alcanzar el aprendizaje de las tareas propias del médico general egresado de la Escuela (matriz No. 8).

De la matriz anterior se lograron extraer aquellas tareas que no tuvieron relación con los contenidos de cada asignatura y por ende, al no tener apoyo en el plan de estudios no podrán ser ejecutadas por el médico general. Esto permite incluir en los programas los contenidos necesarios para el logro de dichas tareas.

RESUMEN

El modelo para la evaluación de un plan de estudios de la carrera de medicina que se presenta en este trabajo fue diseñado y utilizado en la evaluación académica realizada en la Escuela de Medicina de la Universidad Centro-Occidental "Lisandro Alvarado", Venezuela.

El modelo comprende una evaluación de la estructuración de programas; formulación de objetivos, congruencia de objetivos, contenidos y actividades; congruencia de actividades y objetivos de las instituciones; equilibrio entre las actividades teóricas y prácticas, y evaluación de la transferencia vertical del plan de estudios.

Se diseñaron matrices para cada variable utilizada en la evaluación y, con base en ellas, se pudieron identificar los contenidos de las asignaturas del plan de estudios que son necesarios, los que no los son, así como las deficiencias del plan que obstaculizaban el aprendizaje.

REFERENCIAS

- (1) Andrade, J. El proceso de diseño del plan de estudios. *Educ Méd Salud* 5(1): 20-39, 1971.
- (2) Huerta Ibarra, J. *Organización lógica de las experiencias de aprendizaje*. México, Editorial Trillas, 1978.

(3) Universidad Central de Venezuela. Material del Taller sobre Planificación de Curriculum. Oficina de Educación Médica. Escuela de Medicina "Luis Razetti", Caracas, 1982.

(4) Glazman, R. y M. Ibanola. Diseño del Plan de Estudios. Universidad Nacional Autónoma de México. Centro de Investigaciones y Servicios Educativos, 1978.

(5) Universidad Centro-Occidental "Lisandro Alvarado" (UCLA). Material del Taller sobre el Proceso de Enseñanza Aprendizaje. Oficina de Educación Médica. Escuela de Medicina. Barquisimeto, Lara, 1981.

(6) Elementos de la reformulación del currículum de la Escuela de Medicina UCLA. Oficina de Educación Médica, Barquisimeto, Lara, 1980.

(7) Plan de Atención Médica Urbana de Barquisimeto. Comisión UCLA/SAS, 1982.

(8) En: Rosenblat, E. Concepto de Prevención Secundaria y Terciaria. Unidad de autoinstrucción. Escuela de Medicina, UCLA, Barquisimeto, Lara, 1979.

(9) Organización Panamericana de la Salud. *Metodología de evaluación de las escuelas facultades de ciencias de la salud*. Washington, D.C. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos No. 32, 1980.

ANEXO 1

Ejemplo de matriz de estructura lógica para cada área del plan de estudios.

Objetivo 6	Variable	Indicador	Criterio de evaluación	Escala	Fuente de información
Identificar el tipo de actividades que se realizan en el transcurso de la carrera de medicina a fin de establecer si existe equilibrio entre las actividades teóricas y prácticas de cada asignatura y semestre	Carga horaria de actividades: a) teóricas - clases magistrales - seminarios b) prácticas de laboratorio - trabajo asistencial - trabajo de comunidad	Porcentaje de horas teóricas y prácticas por asignaturas y semestre	40% horas teóricas y 60% horas prácticas (con tendencia a aumentarlas)	Hay equilibrio No hay equilibrio	Plan de estudios Entrevista a coordinadores de asignaturas

Matriz No. 1

Estructuración de los programas del plan de estudios.

Asignaturas	Objetivos generales	Objetivos específicos			Contenidos	Actividades
		Bien formuladas	Mal formuladas	No formuladas		
Total						

Matriz No. 2

Análisis de los objetivos específicos de las asignaturas

Asignaturas	Variables		Condiciones para efectuarlo	Patrón de rendimiento específico	Areas del conocimiento								
	Factible	Observable			Cognoscitiva				Psicomotriz		Afectiva		
					Mem.	Compren.	Aplic.	Eval.	Ejec.	Autom.	Reconoc.	Valoriz.	
I													
II													
III													
IV													

Matriz No. 3

Coherencia entre objetivos, contenidos y objetivos y actividades.

Asignaturas	No. de objetivos	No. de objetivos coherentes con contenidos	Coherencia entre objetivos y contenidos (%)	No. de objetivos coherente con actividades	Coherencia de objetivos y actividades (%)

Matriz No. 4

Evaluación del cumplimiento de la estrategia curricular.

Etapas	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII
Hombre sano													
Mecanismos de agresión y defensa													
Diagnóstico sindromático													
Diagnóstico nosográfico													
Manejo del enfermo													

Matriz No. 6

Tipos y horas de actividades por alumno.

Asignatura	I	II	III						
Actividades									
Clases magistrales									
Seminarios									
Laboratorios									
Trabajo asistencial									
Trabajo de campo									
Otros									
Total									

Matriz No. 7 Evaluación de la transferencia vertical.

Asignatura: _____

Tareas (código)	Contenidos aplicables en las tareas (código)	Contenidos no aplicables en las tareas			
		A-necesario para el médico	B-necesarios como base de A	C-conocimientos general no indispensable	D-irrelevante
Area pediatría					
Area adultos					
Area obstétrica					

A MODEL FOR EVALUATION OF THE CURRICULUM OF A MEDICAL COURSE (*Summary*)

The model for evaluation of the curriculum of a medical course presented in this paper was designed and used in the academic evaluation done in the School of Medicine of Lisandro Alvarado West-Central University, in Venezuela.

The model includes an evaluation of program structures, the formulation of objectives, consistency among objectives, subject matter and exercises and between the institution's activities and objectives, the balance between theoretical and practical instruction, and the vertical transfer of the curriculum.

Matrices were designed for all the variables used in the evaluation, and permitted the identification of relevant and irrelevant subject matter and of shortcomings in the curriculum that were hindrances to learning.

MODELO PARA AVALIAÇÃO DO PLANO DE ESTUDOS DO CURSO DE MEDICINA (*Resumo*)

O modelo para avaliação de um plano de estudos do curso de medicina apresentado nesse trabalho foi elaborado e utilizado na avaliação acadêmica realizada na Escola de Medicina da Universidade Centro-Occidental "Lisandro Alvarado", na Venezuela.

O modelo compreende uma avaliação da estruturação de programas; formulação de objetivos, congruência de objetivos, conteúdos e atividades; congruência de atividades e objetivos das instituições; equilíbrio entre as atividades teóricas e práticas; e avaliação da transferência vertical do plano de estudos.

Elaboram-se matrizes para cada variável utilizada na avaliação e, com base nelas, foi possível identificar os conteúdos das disciplinas do plano de estudos que sejam necessárias, as que não são e as deficiências do plano que dificultam a aprendizagem.

MODÈLE D'ÉVALUATION DU PLAN D'ÉTUDES RELATIF À LA CARRIÈRE MÉDICALE (*Résumé*)

Le modèle d'évaluation d'un plan d'études pour la carrière médicale que l'on a présenté dans cet ouvrage a été conçu et utilisé dans l'évaluation académique réalisée à l'École de Médecine de l'Université Centrooccidentale "Lisandro Alvarado", Venezuela.

Le modèle couvre les éléments suivants: évaluation de la structure des programmes; formulation des objectifs; harmonie des objectifs, matières et activités; harmonie des activités et objectifs des institutions; équilibre entre les activités théoriques et pratiques; évaluation du transfert vertical du plan d'études.

On a conçu des matrices pour chaque variable utilisée dans l'évaluation et, à partir de celles-ci, on a pu identifier, parmi les sujets inscrits au plan d'études, les matières qui sont nécessaires, celles qui ne le sont pas, ainsi que les déficiences du plan qui faisaient obstacle à l'acquisition des connaissances.

La enseñanza básica de enfermería para la atención primaria de salud en el Caribe de habla inglesa¹

UNA V. REID²

LA ENSEÑANZA BASICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION DE SALUD DE LA COMUNIDAD

En el Caribe, la atención de la salud de la población tradicionalmente ha estado orientada hacia la cura y basada en instituciones. Sin embargo, los Ministros de Salud de la región han hecho suyo el concepto de la Organización Mundial de la Salud de "salud para todos en el año 2000", así como la estrategia de atención primaria para alcanzar esa meta.

La enfermería, como importante sector del sistema de prestación de servicios de salud, seguía también la tradición y la atención de enfermería se dirigía hacia la cura y estaba institucionalizada. Por eso, el sistema de enseñanza de enfermería, en su condición de proveedor de personal graduado para el sistema de prestación de servicios de salud, reflejaba también este tradicionalismo.

La enfermería como profesión presta servicios de salud a la comunidad y a los grupos que la integran. La práctica de esa profesión se basa en los problemas y las necesidades reales y potenciales de salud de la comunidad y estos grupos. La salud de la población está influida por las fuerzas socio-económicas, culturales, políticas y de otra naturaleza en el seno de la comunidad.

Los cambios que tienen lugar en las necesidades de la comunidad, unidos a los cambios de índole científica y tecnológica, al enorme aumento de los conocimientos y a las exigencias del consumidor, obligan a la profesión de enfermería a ajustarse a las nuevas necesidades y al panorama variable. Las crecientes demandas de servicios de enfermería de calidad van acompañadas de la aceptación de la creencia de que la mejor manera de satisfacer las necesidades de enseñanza de enfermería es por medio de una institución cuya función primordial sea la educación. En consecuencia, las escuelas de enfermería del Caribe—respaldadas por los Ministerios de Salud—tienen un interés cada vez mayor en incorporar la enseñanza de enfermería en el sistema principal de educación general, con la correspondiente transfe-

¹El original en inglés de este artículo apareció en *Int Nurs Rev* 29(6), 1982. Se publica con permiso.

²Asesora de Enseñanza de Enfermería, Organización Panamericana de la Salud, destinada en Jamaica.

rencia de dichas escuelas, geográfica y administrativamente, a las facultades universitarias de ciencias de la salud o de pedagogía.

Independientemente del lugar en que se ubiquen, las instituciones y los programas de enseñanza de enfermería tienen la responsabilidad de preparar personal capacitado para ofrecer a los consumidores de los servicios de salud una atención de salud sin riesgo, innovadora e integral. Los graduados de estos programas deben estar en condiciones de implantar cambios en el sistema de atención de la salud, de hacerle frente a dichos cambios y de lograr un efecto cuantitativo y cualitativo en los servicios. Cualquier modificación cualitativa en la enseñanza de enfermería generará cambios en la calidad de la salud de la población.

ATENCION PRIMARIA DE SALUD

La salud puede considerarse como un ciclo continuo que varía desde un estado de bienestar hasta un mal estado (simple o complejo) de salud que puede o no llevar a la muerte. La salud es una condición de bienestar que permite la realización de las actividades de la vida cotidiana. Según este concepto, un gran porcentaje de la población de una comunidad determinada estará comprendido en los límites de mal estado de salud simple. Estas personas no requieren una atención institucional muy completa y costosa, sino que podrían ser tratadas sencillamente con pocos gastos y en el hogar. Para aplicar este enfoque es preciso disponer de servicios de salud a nivel de la comunidad, la aceptación de estos servicios y la competencia de los mismos para determinar y evitar posibles problemas de salud y hacer frente a los ya existentes y potenciales que afectan a la comunidad.

La prestación y el mantenimiento de los tradicionales servicios curativos institucionalizados resultan costosos y no ofrecen todos los aspectos de atención de salud, incluidos los de fomento y conservación, ni tampoco están al alcance de la mayoría de la población. Por consiguiente, se justifica otro sistema de atención de salud que satisfaga las necesidades de la comunidad y cuente con su participación.

La atención primaria es la estrategia clave para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 y se define como "...la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar..." (1). Su finalidad consiste en ofrecer servicios de salud convenientes, continuos y completos de carácter ambulatorio a los individuos, familias y grupos comunitarios a domicilio, en consultorios, etc. Estos servicios incluyen la atención física y psicosocial preventiva, la conservación y el restablecimiento de la salud, recursos relacionados con problemas biológicos, psicosociales y ambientales, con un sistema de envío

de pacientes a instituciones de asistencia médica secundaria, cuando se requiera.

Para que los servicios de salud comunitarios sean eficaces han de estar convenientemente situados en las cercanías o en la comunidad que atienden y deben proporcionar asistencia las 24 horas del día. El cliente mantiene una prolongada relación contractual con los servicios de salud que ofrecen:

- a) asistencia longitudinal y responsabilidad compartida;
- b) atención completa individualizada basada en factores biológicos, ambientales (socioculturales, económicos y políticos) y de estilo de vida y sus efectos físicos y psicosociales, y
- c) asistencia coordinada que refleje un enfoque de los servicios de salud basado en un trabajo de equipo, en el que el cliente sea un miembro activo de ese equipo (2).

La Declaración de Alma-Ata especifica que la atención primaria de salud:

1. Es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;

2. Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;

3. Comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales.

4. Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores.

5. Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar.

6. Debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados.

7. Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión, según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender a las necesidades de salud expresadas de la comunidad.

Las estrategias de atención primaria se orientan hacia la prestación de servicios completos de salud a la comunidad y sus grupos, reconociendo la función activa de la comunidad en el sistema de prestación de asistencia de salud.

Para la OPS, las estrategias de atención primaria de salud comprenden lo siguiente:

1. Protección y promoción de la salud de grupos especiales.
2. Protección y promoción general de la salud.
3. Protección y promoción de la salud ambiental.
4. Prevención y control de enfermedades.
5. Extensión de la cobertura de los servicios de salud.
6. Organización y participación de la comunidad.
7. Desarrollo de la articulación intersectorial.
8. Desarrollo de la investigación y de la tecnología.
9. Desarrollo de los recursos humanos.
10. Financiamiento del sector salud.
11. Programación nacional de la cooperación internacional.
12. Evaluación y monitoría.

ENSEÑANZA BASICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Se prevé que el sistema de atención primaria de salud será un sistema dinámico en el que participará activamente la población de manera individual y colectiva, aportando su contribución y tomando decisiones para mejorar el estado de salud.

La enfermera que preste servicio en este sistema deberá ser competente en la solución de problemas, en la implantación de cambios y en su confrontación dentro del sistema, así como en la prestación de asistencia al individuo, la familia y la comunidad dirigida hacia ese estado de bienestar. Asimismo debe estar en condiciones de introducir modificaciones deseables en la actitud y el comportamiento de la población, de suerte que pueda adoptar un estilo de vida que conduzca al bienestar.

EL PROCESO DE LOS CAMBIOS CURRICULARES

Se entiende por currículo todas las actividades y oportunidades de aprendizaje dirigidas a la consecución de las metas de educación establecidas. Bevis (3) afirma que "el currículo es la manifestación global de muchas partes y factores mixtos que, en su conjunto, permiten alcanzar metas de enfermería que han sido minuciosamente identificadas, seleccionadas y articuladas".

En el establecimiento de un plan de estudios intervienen numerosas personas. En las tentativas de realinear los planes de estudios básicos de las escuelas de enfermería en el Caribe de acuerdo con el de la atención primaria de salud se procedió de acuerdo con las etapas siguientes:

1. Una declaración de política, casi siempre en forma de solicitud del Ministerio de Salud, para preparar enfermeras diplomadas que presten servicio en el sector de la atención primaria de salud, específicamente para examinar y ajustar el currículo de la escuela de enfermería.

2. Intervención de la escuela de enfermería en la solicitud o declaración de política, es decir, la aceptación del personal de la escuela para examinar el currículo y proceder a partir de este punto.

3. Establecimiento de un comité de currículo con funciones especificadas y aceptadas por escrito. Por lo común participan en este comité representantes de los distintos sectores de los servicios de enfermería, del personal docente de la escuela, del sector de la educación general, de la comunidad, estudiantes y el Consejo de Enfermería. A partir de este comité se constituye un comité central con funciones concretas relativas al proceso de desarrollo del currículo y que informa al comité general de currículo según lo establecido.

4. Implantación de un plan de trabajo para llevar a cabo el establecimiento del currículo. En este plan se fija una fecha límite para terminar las secciones y para completar el currículo total, asignación de lecturas, acopio de datos, etc. (El plan de trabajo refleja el método de Tyler (4) para elaborar currículos.)

5. Se ofrece al comité de currículo asistencia técnica de distintas formas, pero que podría describirse como una forma de enseñanza durante el servicio para la formulación de currículos.

6. Todos los datos que se reúnen se utilizan en última instancia para el currículo, como contenido, estrategias docentes y experiencias de aprendizaje de los estudiantes, etc.

CONTENIDO DEL CURRÍCULO

Una vez organizado el proceso de desarrollo del currículo, el comité de currículo se dispone a cumplir las etapas del mismo, teniendo siempre presente que se trata de un proceso dinámico, en el que cada etapa está relacionada con la anterior y en el que "...el formulador del currículo añade,

suprime y cambia componentes e ideas en un progreso continuo hacia un mejor sistema de aprendizaje” (3).

El marco de referencia teórico que figura a continuación, tomado de Bevis, junto con el método de Tyler para el desarrollo del currículo, se utiliza para sistematizar el proceso.

Marco de referencia

a) *Estructural*. Se definen las necesidades de la sociedad o las características del país, que inciden en el ambiente de trabajo del personal graduado del programa. Este ambiente está constituido por el sistema de prestación de atención primaria de salud y las fuerzas e influencias que lo afectan. Se identifican los problemas y necesidades de salud con arreglo a las etapas de desarrollo establecidas. Estos problemas se identifican bajo las rúbricas de problemas de salud biológicos, psicosociales, ambientales y de estilo de vida para cada fase del ciclo biológico.

El cuadro 1 contiene un ejemplo del esquema utilizado para identificar los problemas de salud. Las fuentes de datos pueden ser desde estadísticas, fichas de pacientes (hospitalarias y de la comunidad), información de personas semejantes, informes de salud, juicio profesional, experiencias vividas en un país, el Ministerio de Salud, y otros informes afines.

Los principales problemas de salud en las fases del ciclo biológico se convierten en contenido del curso, estrategias de enseñanza-aprendizaje y experiencias de aprendizaje para los alumnos. La gastroenteritis, la diabetes y los accidentes constituyen ejemplos de esos problemas. Todos los datos reunidos se retroincorporan en el contenido del currículo.

Cuadro 1. Ejemplo de esquema relativo a problemas comunes de salud, según el ciclo biológico.

Etapa de desarrollo	Problemas de salud			
	Biológicos	Psicosociales	Ambientales	Estilo de vida
6-12 años	Anemia drepanocítica	Incapacidades de aprendizaje	Contaminantes Eliminación de desechos sólidos Eliminación de aguas residuales Higiene de los alimentos y la leche	Uso indebido de sustancias por los padres

El comité estudia asimismo el sistema existente de servicios de atención de salud, el concepto del Ministerio de Salud de atención primaria, propuestas para modificar el sistema y la función de la enfermera en el sistema.

Igualmente se incluye en el perfil del país su sistema general de educación así como su desarrollo político, cultural y socioeconómico.

A continuación se elabora la estructura administrativa de la escuela, que abarca las políticas de la escuela, el personal y sus características; el presupuesto, etc.

b) *Cognoscitivo*. Se exploran las teorías del aprendizaje y se procede a la selección de la que se utilizará en el currículo.

c) *Filosofía*. Se define la declaración de opinión del profesorado, que entre otras cosas refleja el perfil del país. Estas declaraciones se formulan en torno a los elementos elegidos de la filosofía de una escuela de enfermería.

d) *Estructura conceptual*. Seguidamente se elabora una estructura conceptual que expone en líneas generales los compromisos que entraña el currículo. Las estructuras conceptuales de los currículos de enfermería utilizan como conceptos principales el hombre, la sociedad, la salud, las necesidades básicas y la enfermería.

El ser humano es un individuo singular con necesidades biofísicas, psicosociales y espirituales, que está en una continua acción recíproca con el medio que lo rodea mientras va pasando por cada una de las fases del ciclo biológico y que responde a los cambios de su ambiente como un todo integrado. Hay ciertos factores (psicosociales, biológicos, ambientales y de estilo de vida) que pueden impedir que el ser humano obtenga o mantenga—cuando no ambas cosas—lo que básicamente necesita.

Una salud óptima es un estado dinámico en virtud del cual las personas individual o colectivamente pueden elevar al máximo sus posibilidades para la vida cotidiana y hacer frente a los factores psicosociales, biológicos, ambientales y de estilo de vida reales y potenciales de una manera autodirigida y automotivada. En su condición de consumidor, el ser humano tiene derecho a elegir el tipo y la cantidad de atención de salud que le ayude a afrontar esos problemas.

La enfermera, como miembro del grupo de salud, utiliza procesos de su profesión para ayudar al ser humano a vencer factores psicosociales, biológicos, ambientales y de estilo de vida que le impidan satisfacer sus necesidades básicas y, por lo tanto, el goce de una salud óptima.

El servicio de enfermería ofrece servicios de prevención, fomento, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a individuos, familias y comunidades con problemas reales o potenciales, cuando no ambos, de carácter psicosocial, biológico, ambiental y de estilo de vida que, en cualquier fase del ciclo biológico puedan impedir la atención de las necesidades básicas. Con el fin de facilitar la aplicación del proceso de enfermería se utiliza por completo el proceso de enseñanza-aprendizaje y las aptitudes para la comunicación.

La enfermera, con sus estrategias de enseñanza y asesoramiento en materia de salud, ayuda al individuo, la familia y la comunidad a tomar decisiones bien fundadas con respecto a su estado de salud y su atención de salud.

El contenido de los cursos de enfermería se organiza en torno a las necesidades básicas en las fases del ciclo biológico y los factores psicosociales, biológicos, ambientales y de estilo de vida que puedan interponerse. Los cursos de enfermería se extienden desde las necesidades básicas normales y el estado de buena salud hasta las interferencias en las necesidades y la enfermedad. Se considera que, en la selección del contenido, las materias tales como epidemiología, metodología de investigaciones básicas, crecimiento y desarrollo, preparativos para situaciones de desastre, nutrición, biología, farmacología (incluida la medicina tradicional), microbiología, psicología, sociología, fisiopatología, enseñanzas y asesoramiento en materia de salud, enfermería y gestión de los servicios de salud, ofrecerían a la estudiante la oportunidad de prestar asistencia integrada de salud a su cliente. El proceso de enfermería, la salud de la comunidad, la educación en materia de salud y vida familiar, el profesionalismo y la comunicación constituyen los elementos integradores.

Los principales problemas de salud del país sirven de modelos para el contenido de cada curso de enfermería así como de base a proyectos de experiencias de aprendizaje de las alumnas durante los tres años de estudio.

El plan del programa ofrece oportunidades a las estudiantes para examinar los efectos de los factores antes mencionados sobre la capacidad del ser humano para satisfacer sus necesidades básicas y, mediante intervenciones de enfermería innovadoras, inclusive la enseñanza-asesoramiento en salud, introducir el cambio de comportamiento deseado que conduzca a una salud óptima o a la satisfacción de las necesidades. La comunidad en su conjunto proporciona las experiencias de aprendizaje necesarias para integrar la teoría y la práctica; por eso, se centran en la comunidad.

Los conceptos principales de atención primaria de salud incluidos en los currículos son: problemas más importantes de salud, prevención y control de enfermedades, nutrición, salud ambiental, salud materno-infantil (incluida la planificación de la familia), ampliación del programa de inmunización, coordinación intersectorial, participación de la comunidad, educación sanitaria y enfoque del alto riesgo.

En todo el programa se fomenta la solución de problemas, la iniciativa y el desarrollo del juicio crítico de la enfermera.

e) *Objetivos.* El objetivo principal de los programas de enseñanza básica de enfermería en el Caribe consiste en preparar graduadas con aptitudes para resolver problemas y competencia para implantar los cambios que se estimen necesarios en el sistema de atención de la salud. Se supone que las graduadas de los programas han de ofrecer asistencia preventiva, de fomento, restauración y rehabilitación al individuo, a la familia y a la comunidad en diversos momentos del ciclo de salud-enfermedad. Las graduadas de

un programa de ese tipo tendrán una formación general y estarán capacitadas para ofrecer asistencia de carácter general en cualquier sector de los servicios de salud comunitarios. Además, deben poseer la competencia suficiente para implantar los cambios necesarios de actitud y de comportamiento de las personas que conduzcan a un estado de bienestar y, al mismo tiempo, desarrollar la autoconfianza del individuo, la familia y la comunidad y permitirles que tomen sus propias decisiones en relación con la salud. Concretamente, al término del programa de tres años, las graduadas estarán en condiciones de:

1. Interpretar eficazmente las políticas y planes nacionales de salud.
2. Aplicar el conocimiento de los factores biopsicosociales y ambientales en la prestación de servicios de atención de salud.
3. Utilizar el procedimiento de solución de problemas en la prestación de servicios de atención de salud al individuo, la familia y la comunidad.
4. Ofrecer al individuo, la familia y la comunidad atención de salud exenta de riesgos e integrada.
5. Demostrar las relaciones interpersonales que favorecen el funcionamiento del equipo de salud.
6. Demostrar competencia en el examen selectivo del individuo, la familia y la comunidad con miras a unas intervenciones de enfermería apropiadas o al envío de pacientes a un servicio de nivel superior.
7. Emplear el método epidemiológico para la vigilancia de los problemas de salud de una comunidad.
8. Enseñar al individuo, la familia y la comunidad y a los trabajadores de salud a identificar y satisfacer sus propias necesidades de salud.
9. Utilizar principios de administración-gestión en la prestación de atención de salud.
10. Aplicar los conocimientos teóricos y prácticos de investigación al estudio y solución de problemas de enfermería y de salud.
11. Coordinar con otros sectores la provisión de servicios de salud al individuo, la familia y la comunidad.
12. Tomar la iniciativa del cambio para mejorar la calidad de la profesión de enfermería y la prestación de servicios de salud.
13. Participar en las actividades de la comunidad en la ejecución de sus funciones como enfermeras profesionales y ciudadanas.
14. Demostrar su capacidad de autodirección al mantener un perfeccionamiento personal y profesional mediante el aprendizaje continuo.
15. Dar cuenta de sus propias acciones con respecto a la prestación de servicios de salud.
16. Participar activamente en la organización profesional para el avance de la enfermería y el mejoramiento de la calidad de la atención del enfermo.
17. Cumplir con las normas del Consejo de Enfermería para el registro de enfermeras.

f) *Cursos*. En los cuadros 2 y 3 se presentan ejemplos de los cursos ofrecidos en tres años para dar a las enfermeras graduadas la formación antes mencionada.

Cuadro 2. Ejemplo de cursos ofrecidos.

I. Cursos de enfermería

1. Evaluación de la enfermería
2. El individuo sano y su familia
3. Conceptos relacionados con la enfermería
4. Necesidades básicas del niño en edad preescolar (1-5 años) y su familia y los factores que afectan a esas necesidades
5. Necesidades básicas del escolar y su familia y los factores que afectan a esas necesidades
6. Necesidades básicas del adolescente, el adulto joven y familia (13-35 años) y los factores que afectan a esas necesidades (incluida la salud materno-infantil)
7. Necesidades básicas del adulto de edad mediana y mayor (36-65 años) y su familia y factores que afectan a esas necesidades
8. Necesidades básicas de la persona de edad avanzada (65 años y más) y su familia y factores que afectan a esas necesidades

9. Desarrollo profesional
 - gestión/administración;
 - desarrollo de la carrera;
 - investigaciones;
 - principios de enseñanza/aprendizaje (aplicación)
10. Enfermería especializada: quirófano, unidad de cuidados intensivos, enfermería de urgencia, y preparativos y gestión de situaciones de desastre

II. Cursos de apoyo

1. Primeros auxilios
 2. Ciencia integrada (biología humana, bioquímica y biofísica)
 3. Psicología básica
 4. Sociología básica
 5. Microbiología
 6. Nutrición
 7. Farmacología (incluida la medicina tradicional)
 8. Fisiopatología
 9. Ciencias agrícolas (opcional)
-

PLAN DE ACCION DE LA OPS Y PERTINENCIA DEL CURRÍCULO

A continuación se enumeran las áreas prioritarias en cuanto a las estrategias de atención primaria para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 que se describen en detalle en el Documento Oficial de la OPS 179, *Salud para todos en el año 2000: Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales (5)*.

1. Estrategias de atención primaria de salud
 - 1.1 Desarrollo del programa: Areas prioritarias
 - 1.1.1 Protección y promoción de la salud de grupos especiales
 - 1.1.2 Protección y promoción general de la salud

Cuadro 3. Breve ejemplo de un curso de enfermería.

Curso de enfermería III: El niño en edad preescolar (1-5 años) y su familia: necesidades normales y factores que afectan su satisfacción

Conceptos principales

1. Necesidades normales del niño en edad preescolar y su familia (incluida la evaluación).
 2. Criterios básicos para determinar la falta de atención de las necesidades del niño en edad preescolar y su familia.
 3. Factores que interfieren en la satisfacción de las necesidades básicas:
 - a) biológicos;
 - b) ambientales;
 - c) psicosociales;
 - d) de estilo de vida.
 4. Proceso/atención de enfermería para reponer la satisfacción de las necesidades.
 5. Enseñanza/asesoramiento en salud.
 6. Recursos de la comunidad.
 7. Continuidad de la atención de salud: planificación de las altas de los pacientes, envío de enfermos a un servicio de nivel superior, coordinación y observación ulterior.
 8. Experiencias de aprendizaje: relacionadas con las prácticas en la comunidad.
-

1.1.3 Protección y promoción de la salud ambiental

1.1.4 Prevención y control de enfermedades

1.2 Desarrollo de la infraestructura de salud

1.2.1 Extensión de la cobertura de los servicios de salud

1.2.2 Organización y participación de la comunidad

1.2.3 Desarrollo de la articulación intersectorial

1.2.4 Desarrollo de la investigación y de la tecnología

1.2.5 Desarrollo de recursos humanos

1.2.6 Financiamiento del sector salud

1.2.7 Programación nacional de la cooperación internacional

Las escuelas de enfermería, en general, han incorporado en sus currículos los elementos básicos y los conceptos de las estrategias correspondientes.

PROTECCION Y PROMOCION DE LA SALUD DE GRUPOS ESPECIALES

En la planificación y realización de los cursos de enfermería se emplea el enfoque del ciclo biológico y se presta atención especial a los grupos vulnerables (lactantes, adolescentes, niños, mujeres gestantes y neonatos) y a las personas de edad avanzada. También se toman en cuenta las personas mental o físicamente incapacitadas, los grupos especiales de la población, como los laborales, y subculturales, y los grupos muy expuestos. Se incluye asimismo información sobre epidemiología y vigilancia de enfermedades.

El enfoque de la atención de la salud utilizando el proceso de enfermería es global y se centra en la familia, a base de la promoción y conservación de la salud y el restablecimiento y rehabilitación del individuo, la familia y la comunidad. Están incluidos los factores biológicos, psicosociales, ambientales y de estilo de vida que afectan a las necesidades básicas del individuo en cada fase del ciclo biológico. Se procede a una evaluación de los principales problemas de salud de cada país y los problemas más comunes en todo el ciclo biológico se utilizan como modelos en los currículos. Los relativos a gastroenteritis, diabetes, hipertensión, ciertas intervenciones quirúrgicas y accidentes, por ejemplo, ofrecen oportunidades teóricas y prácticas de aprendizaje para la atención integral. Se abarca también la salud de los escolares y se amplía el contenido de salud maternoinfantil centrándose en la enseñanza antenatal, intrapartum y posnatal. La autoayuda y la autoconfianza son aspectos importantes de la atención primaria de salud, y la educación sanitaria necesaria para alcanzarlas está intercalada en todo el currículo.

PROTECCION Y PROMOCION DE LA SALUD GENERAL

Esta parte del Plan de Acción de la OPS se refiere a la reducción de los riesgos que entrañan los factores ambientales y socioeconómicos y tiene que ver con el estilo de vida del individuo. Los aspectos relativos a la nutrición, la salud dental y la salud mental en efecto están relacionados con la vida o el estilo de vida del individuo. Una vida sana a ese respecto es el resultado del cambio de conducta producido por las enseñanzas y los consejos en materia de salud.

La alimentación y la nutrición, incluido el tratamiento dietético, la educación nutricional y el fomento de la producción de alimentos (huertos familiares) se encuentran por todo el currículo de enfermería. También se encuentra la salud y la mala salud mental y los trastornos psiquiátricos, así como la salud dental y se aplican en relación con cada fase del ciclo biológico. Se concede importancia especial a la legislación sobre salud mental y a los conceptos modernos de la misma, incluidas las nuevas modalidades

del tratamiento y la atención de la comunidad. El uso impropio de alcohol, tabaco y drogas está incluido en la sección de salud mental. También se abarca la intervención en crisis, incluidos los sistemas de apoyo a la familia y a la comunidad. El componente de psiquiatría-salud mental prepara a las graduadas para atender los enfermos psiquiátrico/mentales. Además, se requiere adiestramiento posbásico en enfermería psiquiátrica como especialidad.

La vigilancia del estado nutricional de los grupos vulnerables (niños de edad preescolar y escolar, adolescentes, mujeres gestantes y personas de edad avanzada) es objeto de especial atención. En los currículos se incluye la coordinación intersectorial en relación con la producción de alimentos, por ejemplo los huertos familiares, la educación y otros sectores.

En colaboración con el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), se han organizado dos importantes cursos de nutrición y tratamiento dietético para la enseñanza de enfermería: uno para la enseñanza básica de enfermería y el otro para la posbásica (obstetricia, enfermería de salud de la comunidad (programas para enfermeras ayudantes de médico).

En cuanto a la salud dental, se concede particular importancia a la higiene oral.

La prevención de accidentes en el hogar, el trabajo, etc. se estudian en función de las diferentes etapas del ciclo biológico y abarca la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.

PROTECCION Y PROMOCION DE LA SALUD AMBIENTAL

La salud ambiental está integrada en todo el currículo en relación con cada etapa del ciclo biológico y su efecto sobre las circunstancias que impiden al ser humano satisfacer sus necesidades básicas. Los aspectos principales son la gestión del abastecimiento de agua potable, la eliminación de aguas servidas y desechos sólidos, la contaminación (del aire y el agua), la protección de los alimentos, la ecología, el saneamiento básico, la vivienda y la higiene de los puertos (marítimos y aéreos).

PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES

En el contenido del curso se incluyen conocimientos de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, con las apropiadas medidas de prevención, atención, restablecimiento y rehabilitación. El Programa Ampliado de Inmunización (PAI), y la epidemiología forman parte de esa sección. El Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) ha colaborado en la preparación de una publicación titulada *Manual on Epidemiology for Nursing Education* y se

encargará de formar instructoras de enfermería seleccionadas para la enseñanza de la epidemiología en diferentes programas de enseñanza de enfermería.

Cuando es pertinente en los currículos se utilizan como modelos ejemplos de enfermedades transmisibles y no transmisibles importantes, como el tétanos, la filariasis, la esquistosomiasis, la tuberculosis, la gastroenteritis, la diabetes y la hipertensión y se examinan los procedimientos de examen selectivo en relación con determinadas afecciones. También se incluyen los preparativos y la gestión de situaciones de desastre.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE SALUD Y EXTENSION DE LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La administración básica de instituciones de atención de la salud, así como las metodologías fundamentales de investigación, constituyen componentes de los currículos, y se ofrecen oportunidades de práctica en esos dos campos.

Con la ampliación de la función de las nuevas graduadas se extenderá la cobertura de los servicios de salud. Se trata de enfermeras "generalistas", capacitadas para ofrecer atención básica de salud (promoción, prevención, restablecimiento y rehabilitación) en cualquier servicio de salud comunitario a individuos y grupos y enviar a un servicio de nivel superior al paciente que lo necesite. En todo el currículo se hace referencia a la participación de la comunidad y a la educación sanitaria que se requiere para obtener esa participación, la que constituye también una estrategia para la extensión de la cobertura de los servicios de salud.

Los cursos de enfermería están reforzados por otros de sociología, psicología, ciencia integrada (biología humana, bioquímica, biofísica), microbiología, nutrición y ciencias agrícolas. Estos cursos poseen el contenido necesario para que las enfermeras puedan adoptar decisiones científicas relativas a la atención de enfermería y ofrecer la asistencia integrada que se requiera.

ENSEÑANZA POSBASICA DE ENFERMERIA

La enseñanza básica de enfermería constituye el puntal del sistema de educación en este campo y sienta las bases para los demás programas de enseñanza de enfermería.

Los programas de educación posbásica de enfermería han de desarrollarse en torno a un núcleo. Hacen falta mecanismos que faciliten y favorezcan la utilización eficaz de los escasos recursos (humanos, físico, financieros,

didácticos y temporales) y eviten la duplicación, con lo cual los programas ofrecidos tendrían más fuerza y mejorarían la calidad de las graduadas y los servicios prestados. Además se evitaría la redundancia en la educación, es decir, la duplicación del contenido didáctico en todos los programas para todas las categorías de personal de enfermería.

Se incluye también el contenido educativo para la atención primaria de salud en relación con el tipo de programa concreto de que se trate y se origina en los mismos fundamentos establecidos por los programas básicos. Sin embargo, la configuración de todos los programas posbásicos y el contenido necesario del curso, período de adiestramiento, remuneración, etc., debería ser de tal naturaleza que creara una cohesión para toda la enseñanza posbásica de las enfermeras. La necesidad de esos programas debería basarse en el servicio y las necesidades de atención de salud, no en la tradición. La identificación de esas necesidades para los nuevos servicios de salud, de suerte que reflejen la atención primaria de salud para el área del Caribe, exige la planificación y el desarrollo de recursos humanos.

PERFECCIONAMIENTO DEL PERSONAL

El concepto de perfeccionamiento del personal comprende la educación continua en enfermería y los programas de enseñanza durante el servicio. Se entiende por educación continua en enfermería cualquier actividad educativa planificada encaminada hacia la satisfacción de las necesidades de aprendizaje de la enfermera, después de recibir las enseñanzas básicas de enfermería, sin contar la educación oficial posbásica en el mismo campo. Su finalidad consiste en ofrecer nuevos conocimientos teóricos y prácticos de enfermería y de otras disciplinas afines.

La educación durante el servicio se define como los programas administrados por una institución empleadora, con el objeto de perfeccionar los conocimientos teóricos y prácticos que poseen las personas que trabajan en la institución.

La introducción de la atención primaria de salud y la nueva definición de atribuciones y funciones obligan a preparar al personal para que pueda hacer frente a esas nuevas actividades. Es preciso hacer consciente a ese personal de las estrategias de atención primaria de salud y de cómo llevarlas a la práctica. El perfeccionamiento del personal es una necesidad. Los programas deben basarse en las necesidades percibidas y diagnosticadas y, una vez puestos en marcha, tendrán que ser evaluados para conocer su eficacia. Por otra parte, para ejercer la máxima influencia, cualitativa y cuantitativamente, es indispensable que el efecto de esos programas sea multiplicador.

IMPLANTACION DE LOS CURRICULOS

Los nuevos currículos para las escuelas de enfermería del Caribe requieren que esas instituciones docentes posean un control de la educación de las alumnas. Si bien la función de llevar a la práctica los currículos—incluidas las experiencias clínicas—corresponde generalmente al personal de la escuela, el personal de los servicios de enfermería ha de desempeñar también un papel clave a ese respecto. En el Caribe ya se ha llegado a cierta integración de los servicios y la enseñanza de enfermería en lo que concierne a las escuelas de esa profesión, pero la integración tiene que fortalecerse para mejorar la calidad de la enseñanza de la estudiante de enfermería y la atención al paciente.

Aunque en los comités de currículos generales figura personal del servicio de enfermería, es preciso un mayor diálogo en relación con otros aspectos curriculares y su puesta en práctica, particularmente en la planificación de experiencias clínicas y evaluación.

Las estrategias para la implantación de los currículos empiezan con la participación del Consejo de Enfermería en cada país. Todo Consejo tiene a su cargo el control legislativo de la enseñanza de enfermería en el país de que se trate. Así pues, un primer paso imprescindible es la aprobación del currículo por el Consejo antes de ponerlo en marcha.

Las consultas continuas con cada Ministerio de Salud abarcan las estrategias para la implantación del currículo y la función correspondiente del Ministerio en esta actividad. Otras estrategias consisten en orientar al personal de la escuela, las alumnas y el personal de los servicios de enfermería y otras personas en la utilización del nuevo currículo. Habrá que perfeccionar los conocimientos del personal encargado de aplicar el currículo y, particularmente, el de las escuelas.

En el proceso de desarrollo de currículos se identificaron parcialmente experiencias no tradicionales de aprendizaje y se reconocieron ciertos aspectos. Esta tarea deberá continuarse. Se está realizando una evaluación y documentando el proceso de implantación de los currículos incluidos ciertas deficiencias de los mismos, con retroinformación al personal pertinente.

RESUMEN

Los programas de enseñanza de enfermería tienen la responsabilidad de preparar personal capacitado para ofrecer a la población una atención de salud adecuada, innovadora e integral. Los graduados de esas escuelas tienen que estar en condiciones de resolver problemas y llevar adelante los cambios que se estimen necesarios en el sistema de atención de la salud para lograr que se mejoren los servicios que se ofrecen a la población.

En el presente artículo se da cuenta del esfuerzo realizado en los países

de habla inglesa del Caribe para adaptar la enseñanza básica de enfermería a la atención primaria de salud y de los pasos que se han seguido al respecto. Se resume el contenido de los cursos básicos de enfermería que se han organizado de acuerdo con un nuevo enfoque y se presenta una visión panorámica de las actividades que deben realizar las alumnas para cumplir con el nuevo currículo.

REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. *Atención primaria de salud. Alma-Ata, 1978*. Ginebra, Serie "Salud para Todos", No. 1, 1978.
- (2) Brunetto, E. y P. Birk. The primary care nurse: the generalist in a structured health care team. *Am J Public Health* 6:785, 1972.
- (3) Bevis, E. O. *Curriculum Building in Nursing: A Process*. St. Louis, C. V. Mosby, 1973.
- (4) Tyler, R. *Basic Principles of Curriculum and Instruction*. University of Chicago Press, 1949.
- (5) OPS. *Salud para todos en el año 2000: Plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales*. Washington, D.C., Documento Oficial 179, 1982.

BASIC NURSING INSTRUCTION FOR PRIMARY HEALTH CARE IN THE CARIBBEAN (*Summary*)

Programs of nursing instruction are expected to turn out personnel qualified to provide the community with good, innovative and comprehensive health care. Graduates must be able to solve problems and put through changes in the health care system regarded as necessary to improve services to the public.

This article describes the effort made in the English speaking countries of the Caribbean to adapt basic nursing instruction to primary health care and the steps taken in that direction. It sums up the content of the basic nursing courses organized under a new approach and presents an overview of the tasks that the students must perform to satisfy the requirements of the new curriculum.

O ENSINO BÁSICO DE ENFERMAGEM PARA O ATENDIMENTO PRIMÁRIO NO CARIBE (*Resumo*)

Os programas de ensino de enfermagem têm a responsabilidade de preparar pessoal capacitado para oferecer à população um atendimento adequado, inovador

e integral. Os diplomados nessas escolas têm que estar em condições de resolver problemas e levar adiante as mudanças necessárias no sistema de atendimento de saúde para melhorar os serviços oferecidos à população.

Esse artigo focaliza o esforço realizado nos países de língua inglesa do Caribe para adaptar o ensino básico de enfermagem ao atendimento primário e as medidas adotadas nesse sentido. Resume o conteúdo dos cursos básicos de enfermagem organizados de acordo com um novo enfoque e apresenta uma visão panorâmica das atividades que as alunas devem realizar para cumprir o novo currículo.

L'ENSEIGNEMENT DE BASE INFIRMIER POUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES AUX CARAIBES (*Résumé*)

La mission des programmes d'enseignement pour la formation des infirmiers et infirmières est de préparer un personnel capable d'offrir à la population un traitement sanitaire adéquat, intégral et faisant preuve d'innovation. Les diplômés de ces écoles doivent être en mesure de résoudre des problèmes et d'introduire les changements qui soient jugés nécessaires dans le système d'assistance sanitaire pour obtenir une amélioration des services offerts à la population. Le présent article rend compte de l'effort réalisé dans les pays anglophones des Caraïbes pour adapter l'enseignement de base infirmier aux soins de santé primaire, ainsi que des étapes qui ont été suivies. On donne un résumé des cours de base infirmiers qui ont été organisés selon une optique nouvelle, ainsi qu'une vue d'ensemble des travaux que doivent effectuer les élèves pour se conformer au nouveau programme.

Función metodológica del concepto de salud en la evaluación de la meta de salud para todos en el año 2000

CARLOS QUIROS SALINAS¹ Y JORGE ALARCON VILLAVERDE²

A pesar de que hay numerosas definiciones de salud, ninguna al parecer satisface a todos, empezando por la establecida en la Constitución de la OMS, donde se define a la salud como "un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Según el propio Director General de la OMS, opinión que compartimos:

"expresa esa definición un concepto idealizado de la salud que encontraba su fundamento en la moralidad social. En la realidad, como todos sabemos, la salud concebida en esos términos puede ser punto menos que inalcanzable. Sin embargo, el objetivo de la OMS, según se define en su Constitución, es «alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud». La meta de salud para todos en el año 2000 incorpora dicho objetivo, acentuando la especificación de «más alto posible», de modo que los distintos países procuren mejorar la salud de su población habida cuenta de las respectivas posibilidades de orden social y económico" (1).

Sobre la base de estos principios se llega a la conclusión que "salud para todos" significa simplemente la realización del objetivo de la OMS, consistente en "alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud" y que como mínimo, *todos* los habitantes de *todos* los países deberán gozar por lo menos de un grado de salud que les permita trabajar productivamente y tomar parte activa en la vida social de la comunidad en que viven. Para alcanzar este grado de salud, es preciso que todas las personas tengan acceso a la atención primaria de salud y, por conducto de esta, a todos los escalones de un sistema de salud completo. Se hace la salvedad de que "aunque es de suponer que todos los países tienen un concepto general análogo del significado de 'la salud para todos' tal como se ha esbozado, cada país interpretará este significado en función de sus características sociales y económicas y de la situación sanitaria y los tipos de morbilidad de su población, así como del estado de desarrollo de su sistema de salud" (2).

¹Profesor Principal del Departamento de Medicina Preventiva y Director del Instituto de Medicina Tropical, UNMSM, Lima, Perú.

²Profesor Asociado del Departamento de Medicina Preventiva y Miembro del Instituto de Medicina Tropical, UNMSM, Lima, Perú.

La Conferencia de Alma-Ata, en su Informe y Declaración, que la OMS hizo suyos en 1979, estableció que la atención primaria es la “clave” para alcanzar la salud para todos, definiendo a esta de la siguiente manera: “La atención primaria de la salud es fundamentalmente asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables, con su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar. La atención primaria, a la vez que constituye un núcleo del sistema nacional de salud, forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad” (3).

Todos estos acuerdos y declaraciones han suscitado, por su imprecisión, dudas acerca de su validez, especialmente la afirmación de que la atención primaria de salud sea la “clave” y la estrategia principal para alcanzar la meta utópica de salud para todos en el año 2000, puesto que carece de una base científica para su consecución.

Por estas razones creemos que es indispensable, en primer lugar, tratar de aclarar el concepto de lo que entendemos por salud y cómo se genera esta. Tal es el objetivo del presente trabajo.

Empleamos aquí los términos salud y enfermedad como expresiones ligadas, dado que la ciencia moderna viene dando los elementos suficientes para afirmar que de ningún modo son fenómenos independientes y que más bien son expresiones de un único proceso: el proceso vital. Ciertamente, como todo fenómeno natural, ha tenido y tiene diferentes niveles de apreciación según se trate de una observación subjetiva o científica, y aun en el terreno de la ciencia encontramos diferencias que guardan relación con el objeto y el método de cada una de ellas.

Precisamente de estas diferencias depende la función metodológica del concepto de salud-enfermedad. La fisiología y la epidemiología, por ejemplo, a pesar que tienen un objetivo común, no emplean una misma categoría de conceptos para estudiar el proceso de salud-enfermedad. La diferencia está, pues, en la forma particular de considerar el objetivo común y en el ordenamiento metodológico de los conceptos que le va a permitir descubrir la realidad específica que estudia.

Dado que debemos tratar el problema salud-enfermedad de las poblaciones y que la ciencia básica que se ocupa de estudiar esto es la epidemiología—piedra angular de la prevención de las enfermedades—analizaremos el desarrollo conceptual que esta ciencia ha experimentado acerca del proceso de salud-enfermedad.

La epidemiología emplea dos categorías de conceptos de salud-enfermedad que de ningún modo son estáticos: los conceptos normativos, que tratan de responder a la pregunta ¿qué es salud?, y los conceptos explicativos, que tratan de responder a la pregunta ¿por qué hay salud?

En la aplicación de los conceptos normativos la epidemiología ha dependido, ante todo, del desarrollo de la ciencia médica, que ha evolucionado desde la simple caracterización del proceso de salud-enfermedad como la

ausencia o presencia de signos y síntomas, hasta los patrones estadísticos de enfermedad y las sofisticadas pruebas diagnósticas que llegan a identificar procesos mórbidos latentes. Las modernas adquisiciones de la ciencia médica han permitido a la epidemiología pasar de estudios descriptivos a estudios analíticos, y del estudio de epidemias al estudio sistemático de la población.

Es conveniente tener en cuenta que últimamente la investigación epidemiológica no solo usa criterios normativos de orden biológico, sino también criterios normativos de orden social: los llamados indicadores sociales, elaborados fundamentalmente por las ciencias sociales contemporáneas.

A diferencia de los conceptos normativos, los explicativos son parte del propio desarrollo de la epidemiología. Se puede decir que ahí radica su aporte fundamental, y que lo podemos identificar en la genial hipótesis de Snow sobre la transmisión del cólera formulada antes de conocer el agente causal, pero que tuvo la gran virtud de identificar con precisión el vehículo de transmisión de la enfermedad. Otros ejemplos los encontramos en los estudios del cáncer broncogénico, que identifican el vehículo a pesar de desconocer el agente o los agentes específicos; también en los estudios del efecto de las radiaciones en el cáncer, los estudios sobre intoxicaciones y los de enfermedades mentales, son otros tantos ejemplos donde operan conceptos explicativos expresados a través de las diferentes hipótesis causales.

Estas dos categorías de conceptos normativos y conceptos explicativos han sufrido y siguen sufriendo una constante transformación en el devenir de la historia de la medicina en general, y en particular en el desarrollo de la epidemiología. Así, en el desarrollo de la epidemiología podemos distinguir tres momentos conceptuales decisivos, en los que han operado diferentes conceptos normativos y explicativos de salud-enfermedad (cuadro 1). Tentativamente denominaremos estas tres etapas como: la etapa hipocrática, la etapa microbiana o unicausal y la etapa médico-social.

La etapa hipocrática se caracteriza por la consideración decisiva de los signos y síntomas como indicadores de salud o enfermedad. La aparición de enfermos era el único indicador de la alternación de la salud en una población, por ello es que la epidemiología en esta época se ocupa fundamentalmente del estudio de grandes epidemias. A esta idea normativa de salud está ligada la idea explicativa hipocrática, que consideraba que el proceso de salud-enfermedad era resultante de la acción del medio ambiente (miasmas). Por esa razón a las descripciones clásicas de la patología se agregan descripciones detalladas del medio ambiente. A pesar de las limitaciones científicas de la época, la epidemiología basada en estos conceptos logra dos adquisiciones importantes: observar la enfermedad como fenómeno de masa y observar detenidamente el medio ambiente. Estas adquisiciones no pudieron ser desarrolladas en la medida que sus descripciones se limitaban al enfermo más que a la enfermedad y también dado que las limitaciones geográficas del mundo antiguo no permitían el estudio compa-

Cuadro 1. El desarrollo conjunto de los conceptos de salud y la epidemiología.

Etapas	Conceptos normativos	Conceptos explicativos	Factores estimulantes	Factores limitantes	Características del estudio epidemiológico	Adquisiciones metodológicas de epidemiología
Hipocrática	Signos y síntomas	Medio ambiente (miasma)	Conciencia de la relación hombre-naturaleza	Geografía limitada Desconocimiento de las enfermedades	Estudio de enfermos Estudio de períodos epidémicos Descripción del medio ambiente	Observar la enfermedad como fenómeno de masa Observar el medio ambiente
Microbiana	Signos y síntomas + Valores normativos	Unicausalidad Médico-social	Extensión del ámbito geográfico Concentración de la población (Urbanismo)	La economía competitiva (no planificada) La colonización	Colección de casos Estudios centrados en el agente Descuido del estudio de la población	Mayor conocimiento de los agentes Estudios comparativos
Médico-social o neohipocrática	Criterios dinámicos + Indicadores sociales	Triada Ecológica Multicausalidad Médico-social	Subsistencia de enfermedades transmisibles Reaparición de enfermedades y aparición de nuevas epidemias	Interferencias políticas	Estudio de la enfermedad Estudio sistemático de la población Estudio detallado de los factores causales y no causales	Mayor conocimiento de la población Estudio sistemático e histórico de la patología en todas sus relaciones

rativo de poblaciones diferentes, donde las diferencias económicas, sociales y culturales podrían haberse destacado.

Esta idea primigenia de salud-enfermedad se mantuvo, con muy pocas variaciones, casi hasta fines del siglo XVIII, en que comienza el desarrollo de la medicina experimental, de la fisiología, de la bioquímica, de la bacteriología y de otras disciplinas científicas que permiten avanzar en la identificación de criterios normativos más precisos y objetivos para medir la salud-enfermedad. En el terreno explicativo, la concepción original de miasma es distorsionada durante toda la Edad Media por las ideas religiosas imperantes, pero ya en el siglo XIX se suscita una gran transformación en la forma de conceptuar la salud-enfermedad, estimulada por dos hechos importantes: la extensión del espacio geográfico del mundo hasta entonces conocido y la concentración de la población en urbes. Lo primero hace posible el estudio comparativo de los morbos y lo segundo permite observar los procesos mórbidos en grandes masas de población en un ámbito relativamente pequeño. Es por ello que en esta etapa surgen dos corrientes importantes que marcan el desarrollo de la epidemiología hasta la Primera Guerra Mundial: una es la corriente microbiana, unicausal, y que básicamente considera que la enfermedad es el resultado de la acción de un agente específico; la otra es la teoría médico-social, que pone el énfasis en las condiciones de vida.

Sobre la teoría microbiana se conoce suficiente; en cambio, la teoría médico-social aún hoy nos parece charlatanería, aunque tuvo representantes de la talla de Virchow, quien en 1847, a propósito de una epidemia de tifus recomendó: "mejor nutrición y saneamiento, trabajo para todas las personas, aumento de salarios, restauración del lenguaje nativo, modificación en la distribución de los impuestos entre los pobres y los ricos, creación de cooperativas agrícolas". La época no fue propicia para el desarrollo de la teoría médico-social y rápidamente quedó relegada, imponiéndose la teoría unicausal que ha guiado la investigación epidemiológica durante mucho tiempo. De este modo se consolida el segundo momento conceptual. Con esto la epidemiología perdió la noción de población, reduciendo sus investigaciones a una colección de casos, dejando de lado el estudio sistemático de la población. El éxito aparente en el control de las enfermedades transmisibles fue considerado como la prueba más significativa de la justeza de la teoría; sin embargo, la subsistencia de estas enfermedades en otras poblaciones puso nuevamente en duda su justeza y obligó a buscar nuevas explicaciones. Así surgió el concepto ecológico, que considera a la enfermedad como un fenómeno natural que resulta de la interacción de los componentes de la triada ecológica: agente, ambiente y huésped. Este concepto permitió explicar las enfermedades en los países subdesarrollados, sin necesidad de recurrir a consideraciones económico-sociales. Pero el resurgimiento de las enfermedades infecciosas en los países desarrollados así como la aparición de nuevas enfermedades con características epidémicas, en las

que no es posible identificar un agente causal, obligó a extender la concepción ecológica a otras enfermedades y también a descomponer los elementos de la triada en una red de múltiples factores cuya compleja interacción sería la responsable de la salud o la enfermedad.

A la par que se da este proceso de diferenciación del concepto unicausal, la concepción médico-social, por las mismas razones, empieza a tomar cuerpo, hecho al que contribuye notablemente el desarrollo de las ciencias sociales. Esta concepción no tiene aún una formulación definitiva. Particularmente consideramos que puede expresarse de la siguiente manera: la salud-enfermedad es un proceso biológico, social e históricamente determinado. El desarrollo de esta formulación requiere aún más estudios. Básicamente significa que haciendo un análisis histórico de la patología que ha afectado y afecta a la humanidad, se nota que esta ha variado más que por determinantes biológicas por razones económico-sociales, que son las que han impulsado el desarrollo demográfico, la explotación de recursos naturales, las condiciones de vida de las poblaciones, y con ello la posibilidad de acción de una serie de noxas que de otro modo no existirían o tendrían otras formas de expresión. Esta concepción no niega que la acción misma de la noxa en el complejo organismo humano sea un hecho biológico; pero afirma que la existencia biológica del hombre depende de su sociabilidad, hecho cada vez más incontrovertible en la medida que se descubre la gran importancia que tiene la actividad de la corteza cerebral en el funcionamiento de numerosos órganos.

De este modo arribamos al tercer momento conceptual de la epidemiología cuya aplicación al cuidado de la salud plantea acciones que van más allá de la atención médica. Precisamente aquí radica la confusión más frecuente que encontramos en numerosos estudios e informes. Es preciso, indispensable, no confundir salud con medicina; debemos erradicar de nuestras mentes la idea de que salud es igual a medicina. Sea cual fuere la formulación que se adopte sobre salud-enfermedad, de ningún modo se trata de una entidad con la medicina. La medicina es solo un medio de vida, como lo son los alimentos, la vivienda, la educación, etc.; y como todo medio de vida, su calidad y eficacia dependen del conjunto de relaciones sociales de cada sociedad y no de ellas mismas. La medicina, además, tiene una particularidad que la pone en desventaja respecto a su prioridad, pues actúa mayormente sobre hechos consumados. De ahí que solo cuando la medicina logra una eficaz medida preventiva pasa a constituir una necesidad prioritaria, como por ejemplo la práctica de las vacunaciones.

Solo cuando se estudian comparativamente algunos indicadores del progreso de la medicina en ciertos países, se ve con claridad que los países que han mejorado significativamente su salud son aquellos que han obtenido un cambio radical en sus estructuras económico-sociales. Esta simple constatación no es suficientemente comprendida y con frecuencia se habla de progreso en salud, de política de salud, etc., sin tener en cuenta los cambios

acaecidos en las formas de producción y reproducción de la fuerza de trabajo. Es decir, que se comete la misma equivocación en la que caen los informes oficiales de los organismos internacionales que se limitan a valorar la salud de los países en base a indicadores que centran la salud en la asistencia médico-sanitaria pero que explican muy poco acerca de las bases materiales que han permitido alcanzar el progreso en la asistencia médico-sanitaria. De ningún modo podemos explicar el progreso de la salud en China, por ejemplo, solo por la existencia del programa de los médicos "descalzos" sin antes comprender el inmenso cambio económico-social ocurrido en ese país.

Para confirmar lo dicho en el análisis histórico del concepto de salud-enfermedad desarrollado anteriormente y sobre la base de los conocimientos de la epidemiología de las enfermedades y procesos que afectan la salud de la población, haremos una breve reseña histórica de la evolución de las tendencias nacionales y mundiales en lo que se refiere al control y la erradicación de las enfermedades, así como de los esfuerzos realizados para tratar de hacer llegar a todos los beneficios de los avances de la ciencia y la tecnología en la promoción, protección y recuperación de la salud, que es lo que persigue la meta de salud para todos en el año 2000 a través de la atención primaria como estrategia clave.

Hace aproximadamente 40 años, a raíz de la aparición de las sulfas, los antibióticos y los insecticidas de acción residual—descubrimientos que se produjeron después de la Segunda Guerra Mundial—todos los países y los organismos internacionales de salud estimularon optimísticamente campañas encaminadas a controlar y erradicar las enfermedades que afectaban, fundamentalmente, a los países subdesarrollados como un medio para protegerse, con procedimientos de tecnología simple, empleo relativamente fácil y de poco costo, contra la invasión en sus territorios de enfermedades como la viruela, la malaria, la peste, el tifus exantemático, las enfermedades transmitidas sexualmente, etc. Es así como se llevaron a cabo los programas regionales y mundiales de control y erradicación de estas enfermedades, lo que en buena parte se consiguió, pero a su vez, emergió, aparentemente, un nuevo problema: el crecimiento acelerado y "explosivo" de la población de los países en desarrollo y una demanda mayor, por parte de los mismos, de alimentos, educación, empleo, etc.

Esta situación preocupa hondamente a los países desarrollados y a los organismos internacionales de crédito, los que también ven un peligro en esta llamada "revolución de las expectativas crecientes" que se crea en los países en desarrollo ante las comodidades y bienestar que gozan los países desarrollados como consecuencia del desarrollo de la ciencia y la tecnología.

Es así, entonces, por ejemplo, que a raíz de la Reunión de Punta del Este, se desarrolla en las Américas el programa llamado "Alianza para el Progreso", que se suponía iba a permitir a los países en desarrollo de la Región disponer de créditos suficientes como para poderse "desarrollar" y

disminuir así la brecha existente entre ambos grupos de países. En la Carta de Punta del Este se reconoce por primera vez, oficialmente, que la salud es un componente del desarrollo económico y social y se desarrollan nuevos enfoques para tratar de solucionar los problemas de salud de los países en desarrollo. Se exige la presentación de planes para la obtención de préstamos, dentro de los planes nacionales de desarrollo económico y social global. Posteriormente, en las Naciones Unidas se hace el mismo reconocimiento y la Asamblea General aprueba en 1979 la resolución 34/58 en el curso del examen de las tendencias a largo plazo en el desarrollo económico y del establecimiento de un Nuevo Orden Económico Internacional (4).

Este reconocimiento de que los factores económico-sociales son condicionantes del estado de salud de la población toma su expresión a partir de entonces en distintos programas de salud estimulados por diferentes organizaciones internacionales del sistema de las Naciones Unidas así como de organismos internacionales de crédito. La filosofía de estos programas no es ya la realización de campañas masivas para controlar o erradicar distintas enfermedades, sino la extensión de la cobertura de servicios de salud a las zonas marginadas rurales o urbanas que llevan, además del componente sanitario, la participación de otros sectores tales como educación, agricultura, trabajo, etc., pero en pequeña escala, y que más que nada son programas demostrativos de lo que se puede obtener mediante una acción conjunta de los distintos sectores del desarrollo y la participación activa de la comunidad, a nivel local, en la solución de sus propios problemas. Estos programas no han pasado de ser demostrativos y no han hecho impacto, la mayoría de las veces, en el mejoramiento de la salud de la población o lo han hecho de una manera limitada y pasajera durante el tiempo que duró el apoyo de las organizaciones que los patrocinaron.

El ingreso de la República Popular de China a la Organización Mundial de la Salud y la observación de la forma en que este país de características políticas, sociales, económicas y culturales *sui generis* había mejorado la salud de su población estimuló aún más la idea de desarrollar este tipo de programas así como la situación demográfica mundial, la crisis de la economía y la tensión política internacional, considerándolas como la base para solucionar el subdesarrollo.

Por las mismas razones se impulsó el ejercicio de la planificación sanitaria dentro del contexto de la planificación económico-social a nivel nacional e internacional, todo esto con resultados negativos, aun para conseguir una adecuada organización y la adecuación del sector salud de manera que permita la mejor utilización de los recursos existentes.

Si analizamos el documento de la Organización Panamericana de la Salud *Salud para Todos en el Año 2000. Estrategias* (5), que consideramos es el que hace el análisis más minucioso de la meta y las estrategias, encontraremos muy claramente expresado lo que decimos. En efecto, en el capítulo "La articulación intersectorial" y en otros en los que se hace un análisis de los

intentos realizados para conseguir un desarrollo armónico de todos los sectores económico-sociales por distintos procedimientos, tales como programas de desarrollo rural a nivel local o de acuerdos "en la cúpula" termina diciendo: "parece legítimo, por lo tanto, concluir que una condición previa y necesaria para el desarrollo de este enfoque es la adopción de algún tipo de hipótesis o conceptualización "unificada" del cambio social deseable". Lo que claramente indica el fracaso de tales intentos para alcanzar la meta.

Expresión de buenos deseos es, para nosotros, el lema de "salud para todos en el año 2000", que según el Director General de la OMS: "se me ha dicho reiteradamente que queda aún por definir la noción de «la salud para todos». Pero qué habría sucedido, me pregunto, con las grandes revoluciones sociales de la historia si, como requisito previo para la acción, se hubiera exigido una disección anatómica de los lemas en que dichas revoluciones sociales se habían resumido: «todos los hombres han sido creados iguales e independientes», «libertad, igualdad, fraternidad», «proletarios de todos los países, uníos»" (1).

El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, en la Reunión de Expertos en Salud del Movimiento de los Países No Alineados señaló que "la salud para todos en el año 2000 es un componente esencial de la lucha universal para alcanzar el desarrollo, la paz y la justicia" (6). Concordamos con esos conceptos, pero lo que nos parece dudoso es que la "clave" para alcanzarla sea la atención primaria de la salud tal como ha sido definida en Alma-Ata y expresada como la estrategia principal para conseguir la meta.

Posiblemente muchos como nosotros han tenido la misma duda, lo que ha llevado al Director General de la OMS a decir:

"Por extraño que parezca, se ha manifestado recientemente una clamorosa oposición al principio mismo de atención de necesidades sociales básicas. Los oponentes entienden que es ese un medio deficiente y equívoco para sustituir la ayuda económica directa a los países en desarrollo por los países industrializados en el ámbito del Nuevo Orden Económico Internacional. Puedo asegurarles que lo que yo propugno no es una pantalla de humo social para velar el desarrollo económico. Se trata de un elemento esencial del desarrollo. El desarrollo económico significa mucho más que mero crecimiento económico; significa un mayor bienestar humano, para el que tiene una importancia capital la mejor salud, causa y efecto a la vez del desarrollo. Por supuesto, se corre el riesgo de un abuso desaprensivo de políticas sociales bien intencionadas, pero mientras tengamos conciencia de ello podremos sin duda evitarlo" (7).

Como conclusión, podemos decir que es indispensable definir con fundamentos científicos sólidos qué es lo que entendemos por salud y reconocer con claridad por qué hay salud, ya que de lo contrario corremos el peligro de que el laudable anhelo de conseguir salud para todos no pase de ser un buen deseo o "una cortina de humo", tal como lo dice el Director General

de la OMS, especialmente si consideramos que la "clave" para conseguirlo es la atención primaria, que cada cual interpreta a su manera de acuerdo con sus propios intereses. Advertimos, finalmente, que desmitificar concretamente la atención primaria de salud "como estrategia clave para conseguir la meta" es el corolario de la formulación del concepto de salud al que hemos arribado, pero que escapa a los límites de la presente ponencia.

RESUMEN

En este trabajo se hace un análisis histórico-social de los factores que determinan la salud, en base a los distintos conceptos que existen sobre la misma. Se examina en cada momento histórico el papel metodológico y práctico que han tenido y tienen estas distintas conceptualizaciones, llegándose a la conclusión de que la salud es un proceso biológico-social e históricamente determinado.

Con la anterior definición como punto de partida, se revisa la validez de la atención primaria como estrategia "clave" para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000.

REFERENCIAS

- (1) *Crónica de la OMS* 34(7-8):273, 1980.
 - (2) *Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000*. Serie Salud para Todos No. 3. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1981.
 - (3) *Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 1978*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978.
 - (4) *Crónica de la OMS* 34(2):87, 1980.
 - (5) *Salud para todos en el año 2000—Estrategias*. Documento Oficial No. 173. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1980.
 - (6) Acuña, H. R. La salud de los países no alineados y de los países en desarrollo. *Bol. Of. Sanit. Panam* 94(1):1, 1983.
 - (7) *Crónica de la OMS* 31(12):556, 1977.
 - (8) La Medicina Social en el Perú. Tesis de Bachiller U.N.M.S.M. Programa Académico de Medicina Humana, Lima 1974.
-

METHODOLOGICAL FUNCTION OF THE CONCEPT OF HEALTH IN
EVALUATING THE GOAL OF HEALTH FOR ALL BY THE YEAR 2000
(Summary)

This paper makes a socio-historical analysis of the determinants of health on the basis of the different ideas that are held about it. It examines the methodological and practical part played by these different ideas in the past and in the present, and the conclusion is reached that health is a sociobiological process historically determined.

With the foregoing definition as a starting point, the author reviews the validity of primary care as a "key" strategy for attaining the goal of health for all by the year 2000.

FUNÇÃO METODOLÓGICA DO CONCEITO DE SAÚDE NA AVALIAÇÃO
DA META DE SAÚDE PARA TODOS NO ANO 2000 (*Resumo*)

Procede-se nesse trabalho a uma análise histórico-social dos fatores que determinam a saúde, baseada nos distintos conceitos existentes sobre a mesma. Examina-se em cada momento histórico o papel metodológico e prático que revestiram e revestem esses diferentes conceitos, chegando-se à conclusão de que a saúde é um processo biológico-social historicamente determinado.

Adoptando essa definição como ponto de partida, passa-se em revista a validade dos cuidados primários como estratégia "chave" para atingir a meta de saúde para todos no ano 2000.

FONCTION MÉTHODOLOGIQUE DU CONCEPT DE LA SANTÉ DANS
L'ÉVALUATION DE L'OBJECTIF DE LA SANTÉ POUR TOUS
DANS L'AN 2000 (*Résumé*)

La présente étude contient une analyse historique et sociale des facteurs qui exercent une influence déterminante sur la santé, d'après la variété de concepts existant à son sujet. On examine le rôle méthodologique et pratique de concepts divers, à chaque étape de l'histoire et de nos jours, pour arriver à la conclusion que la santé dépend de conditions biologiques, sociales et historiques.

En prenant cette définition comme point de départ, on étudie la validité des soins primaires comme stratégie "clé" pour atteindre l'objectif de la santé pour tous dans l'an 2000.

La investigación en enfermería como instrumento de cambio en la práctica y en la formación de recursos humanos

IEDA BARREIRA Y CASTRO¹ Y MARIA CECILIA PUNTEL DE ALMEIDA²

INTRODUCCION

Para la enfermería, en este final de siglo, definir su objeto de trabajo representa el mayor desafío. Por tanto, hay que conocerlo y esta es la contribución de la investigación científica en enfermería como una disciplina práctica, fundamentada científicamente, y que necesita afirmarse en la comunidad científica mundial.

Sin embargo, este problema, como muchos otros, tiene características propias, conforme se observa al estudiar la situación tanto en los países desarrollados como en los del Tercer Mundo. La distancia que separa esos dos grupos de países desde el punto de vista del desarrollo económico-social es la misma que existe entre la situación en que se encuentran sus respectivas producciones científicas.

La cuestión de las relaciones entre actividad científica y desarrollo económico es inherente a cualquier discusión sobre investigación en la América Latina y sus posibilidades de producir cambios en la sociedad. El desafío consiste en desarrollar un estilo de investigación adecuado a las realidades y necesidades de estos países, lo que se traducirá en una producción científica útil y eficiente para la transformación y adecuación de las profesiones como prácticas sociales.

En lo que se refiere a la investigación en enfermería, se observa la misma situación señalada anteriormente. En los Estados Unidos de América, las primeras investigaciones en enfermería aparecen a partir de los años 20; hoy en día, pasado más de medio siglo, la investigación científica en enfermería es una realidad en ese país. La situación en América Latina, como es obvio, es bien diferente. En esa región no hay tradición de investigación, la producción científica es incipiente y en cierta forma, desordenada. Sin embargo, el reconocimiento de la importancia de la contribución científica

¹Docente de la Escuela de Enfermería Ana Neri, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil, y Segunda Vicepresidente de la Asociación Brasileña de Enfermería.

²Docente de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, São Paulo, Brasil, y Directora del Centro de Estudios e Investigación en Enfermería de la Asociación Brasileña de Enfermería.

es vital para el progreso de la enfermería latinoamericana. Se trata de una tarea ardua, porque, además de vencer las barreras para la aceptación de la enfermería en la comunidad científica internacional, es preciso integrar nuestras propias comunidades científicas nacionales.

Al perseguir estas metas, es necesario que se consideren los factores que interna o externamente influyen en el mundo de la enfermería, determinando así su práctica.

EL CONTEXTO DE LA PRACTICA Y LA INVESTIGACION

Castro (1) señala que las características actuales de la práctica de enfermería son consecuencia de la práctica de salud vigente en una sociedad y esta, a su vez, es consecuencia de la estructura económica y de los medios de producción prevalentes.

Verderese (2), al analizar la situación en América Latina desde el punto de vista histórico en las últimas dos décadas, destaca que varias crisis económicas se vienen produciendo en esos países, con graves repercusiones sociales. En la práctica de salud, persiste la hegemonía de la asistencia curativa, con un gran porcentaje de gastos públicos invertidos en los servicios hospitalarios. En 1970, surge la política de extensión de la cobertura a las poblaciones rurales como producto de la crisis mundial de alimentos, lo que hace que los gobiernos dirijan su atención hacia el campo. Con el surgimiento de esa nueva política, empiezan las críticas al modelo anterior, basado en la asistencia hospitalaria y en equipos de personal especializado.³

En 1974 la OMS publicó un informe sobre enfermería y salud de la comunidad (3) en el que se recomendaban cambios fundamentales, tanto en la práctica como en la formación del personal de enfermería. Empieza entonces todo un esfuerzo de las enfermeras para asumir el liderazgo de los programas de atención primaria. Se discute la ampliación del papel de la enfermera y la redefinición de sus funciones. Asimismo, se adopta la estrategia de preparar agentes rurales de salud, en adiestramientos rápidos, sin que se definiera su actuación y su vinculación con la práctica de enfermería. Así la enfermería empieza a perder el control de una práctica que era de su dominio.

En 1975, el Banco Mundial, define la nueva tendencia en su política sectorial de salud, que fue incorporada al discurso oficial de los Gobiernos de los países de la Región por medio del Plan Decenal de Salud para las Américas, 1972-1981. En 1977, la meta de salud para todos en el año 2000 es formulada por la OMS y apoyada por los Gobiernos, y en 1978, la atención

³En 1970 existían en América Latina 257 escuelas de enfermería; casi la mitad de ellas se encontraban en el nivel de educación superior (12 años de escolaridad como requisito para el ingreso).

primaria de salud es reconocida, en la Declaración de Alma-Ata, como la estrategia principal para alcanzar aquella meta. Del mismo modo, se pasa a criticar la práctica de enfermería y su sistema de formación de recursos humanos.

En 1978, la OPS convocó la reunión de un grupo de trabajo en Washington para analizar la posición de la enfermera en la atención de salud; en el informe de ese grupo se reconoció que la enfermera debe ser la coordinadora de las acciones de salud en el nivel primario de atención.

En 1981, Barros (4) destacó que se estaba viviendo un período de transición de la enfermería de salud comunitaria hacia una enfermería social, que tuvo su origen en la década de 1970, y describió así el panorama en esa época: la crisis económica genera la crisis del sector salud, donde la ineficacia de las acciones, en términos de cambios significativos en los cuadros de morbilidad y de mortalidad, no justifica los elevados costos de la atención, eminentemente hospitalaria y compleja. Surge como solución el movimiento preventista, iniciado en los Estados Unidos en la década de 1960 e introducido en América Latina por los organismos internacionales. Esa nueva propuesta presenta las siguientes características: atención biopsico-social a individuos sanos y enfermos, prestada por un equipo; diagnóstico de las necesidades de salud de la comunidad, e integración docente-asistencial. La autora menciona como marco de referencia para la enfermería social el trabajo de Verderese anteriormente mencionado y en lo que respecta al Brasil, el Congreso Brasileño de Enfermería realizado en 1979, donde se discutió la interferencia de la estructura social en la práctica de la enfermería, el papel de la mujer en la sociedad y el compromiso social de la enfermera, conceptualizando a la enfermería social como un área que tiene como objeto al ser humano, con un cuerpo socialmente investido (por el trabajo) y ocupando diferentes posiciones en la sociedad (clases sociales).

Continuando en esta línea de pensamiento, el Comité Asesor de la OPS en Educación en Enfermería (1983) resaltó (5) que la crisis económica que atraviesan los países de la Región, alcanza todas las instancias de la vida pública, y que la enfermería "no puede examinar su problemática fuera del contexto de la recesión económica: ... el desempleo, la inflación, la migración de poblaciones campesinas hacia las grandes ciudades, el deterioro del medio ambiente, que entre otros factores, están agravando y generando nuevos problemas que afectan ... las poblaciones". Señaló también, por otro lado, que la deuda fiscal viene dificultando la acción de los Gobiernos para la promoción de la salud y el bienestar social, y que es necesario que la enfermería se integre con los demás profesionales y personal del sector salud para encontrar alternativas viables que aseguren una atención de salud amplia y de buena calidad a las poblaciones. Asimismo hace hincapié en la investigación como un mecanismo generador de conocimientos para la solución de problemas de la práctica de enfermería, aunque se observe en el momento una fuerte desvinculación entre la investigación y la práctica. El

mencionado documento destaca la necesidad de un intercambio y cooperación entre los países latinoamericanos para acelerar el desarrollo de la investigación de enfermería y superar las diferencias entre las etapas en que se encuentra esa investigación en los diferentes países, de acuerdo con su propio grado de desarrollo y el desarrollo en sí de la enfermería.

Las prácticas sociales, incluida la enfermería como una de ellas, no están desvinculadas de la estructura social, puesto que son parte de ella. Creemos que la práctica—y ahí estamos englobando la investigación—además de estar condicionada por el contexto donde se inserte, también puede operar cambios en la salud y en el campo social, en un movimiento dialéctico de sujeto y objeto de cambios.

LA EVOLUCION DE LA INVESTIGACION DE ENFERMERIA: EL CASO DEL BRASIL

La situación actual de la investigación en enfermería en el Brasil proviene de una evolución que ha tenido lugar en los tres últimos decenios y está íntimamente relacionada con dos instituciones: la Asociación Brasileña de Enfermería (ABEn) y la Universidad. La ABEn contribuyó, desde la década de 1930, a la creación de precondiciones para la investigación y se mantuvo siempre a la vanguardia de los acontecimientos. La Universidad, en los años 60, incorporó la función de investigación a la docencia en enfermería y en la década siguiente se crearon los Cursos de Maestría, que impulsaron de modo decisivo la investigación científica de enfermería en este país.

Varias son las enfermeras que han estudiado la producción científica de enfermería en el Brasil: Vieira (6), Almeida *et al.* (7), Nogueira (8), Neves (9), Pelá *et al.* (10), Andrade y Nóbrega (11), Mendes y Trevizan (12), Lopes (13) y Baptista (14). Esas autoras, haciendo una retrospectiva histórica, destacan algunos marcos cronológicos al respecto:

1936—Creación de la *Revista Brasileira de Enfermagem*, órgano oficial de divulgación de la ABEn.

1947—Realización del I Congreso Brasileiro de Enfermería, evento que se realiza anualmente.

1956-1958—El censo de recursos y necesidades de enfermería, realizado por la ABEn con el apoyo de la OMS y de la Fundación Rockefeller. El estudio, abarcó cinco aspectos: 1) enfermeros en actividad e inactivos; 2) enfermería hospitalar; 3) enfermería en salud pública; 4) escuelas y cursos de auxiliares de enfermería, y 5) escuelas de enfermería. Este estudio tuvo repercusiones importantes:

Según Carvalho (15), “como resultado inmediato debe citarse el reconocimiento y prestigio de la Asociación, que pasó a ser oída en cuestiones de enfermería”. Todavía más, de acuerdo con Alvim (16): “los resultados del censo permitirán un conocimiento más seguro y objetivo de los problemas que afectan la profesión: la carencia de personal calificado, estando un 70% de la atención de enfermería en los servicios hospitala-

rios en las manos de los 'atendentes', de los cuales solamente 10% habían recibido algún adiestramiento; el reducido número de horas de enfermería disponibles para la atención de los pacientes (1, 2 horas), insuficientes inclusive para las necesidades físicas mínimas; las precarias condiciones de trabajo prevalecientes en la mayoría de los hospitales, particularmente en lo que se refiere a los horarios de servicio, que no favorecían la continuidad de atención al paciente; las deficiencias cuantitativas y cualitativas de los servicios de enfermería y de salud pública y la precariedad de la enseñanza de enfermería". Otros resultados mencionados por esa autora fueron: mejoras en la enseñanza de enfermería; indicación de un elemento coordinador de las actividades de enfermería en muchos servicios hospitalarios y de salud pública; mejor aprovechamiento de los elementos de enfermería en todos los niveles y definición de sus atribuciones; mejor comprensión de la necesidad de adiestramiento del personal; mayor conciencia de los problemas que afectan el ajuste profesional, tales como condiciones de trabajo, remuneración, posibilidades de desarrollo profesional, entre otros.

- 1963—La tesis "Enfermería moderna como categoría profesional: obstáculos a su expansión en la sociedad brasileña" fue defendida en la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, de la Universidad de São Paulo, por Glete de Alcântara (17) en un concurso para profesor catedrático. En su trabajo se evidencia que en la década de 1920 no había condiciones favorables a la expansión de enfermería moderna en la sociedad brasileña y que los cambios sociales habidos desde entonces contribuyeron a la elevación del status de la enfermera, y que la elevación de las escuelas de enfermería a instituciones de nivel superior serían factores para atraer un mayor número de candidatas a la profesión.
- 1964—El XVI Congreso Brasileño de Enfermería, realizado en Salvador, Bahia, cuyo tema fue "enfermería e investigación", y en donde se discutieron los aspectos teóricos de la investigación, se destacó su importancia para el desarrollo de enfermería y se presentaron tres trabajos de investigación.
- 1966-1967—La Reforma Universitaria que, entre otras cosas, fijó el principio de la unidad enseñanza-investigación coexistiendo en cada instituto, escuela o facultad, y redefinió los cargos del cuerpo docente de la enseñanza superior a partir de la calificación de los mismos y a través de los Cursos de Maestría y Doctorado.
- 1970—El establecimiento de un Premio de Investigación "Edith de Magalhães Fraenkel" por la ABEn, para el mejor trabajo presentado en los Congresos Brasileños de Enfermería.
- 1971—La creación del Centro de Estudios e Investigación en Enfermería en la Asamblea de Delegados de la ABEn, realizada en Manaus.
- 1972-1978—La creación de nueve Cursos de Maestría en Enfermería en Brasil. El primero fue creado en la Escuela Ana Neri, de la Universidad Federal de Rio de Janeiro, 49 años después de la implantación del Sistema Nightingale en el Brasil, en esa misma Escuela. Los demás cursos se establecieron en las Escuelas de Enfermería de las Universidades de São Paulo (en São Paulo y en Ribeirão Preto), en la Universidad Federal de Santa Catarina, en la Universidad Federal de Rio Grande do Sul; en el Departamento de Enfermería de la Universidad Federal de Bahia y en la Universidad Federal de Paraíba.
- 1979-1980—Los Seminarios Nacionales de Investigación de Enfermería realizados

por la ABEn con el apoyo del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico. En el primero, realizado en Ribeirão Preto, São Paulo, se revisó la situación de la investigación en el Brasil, se realizaron análisis críticos de algunas tesis de enfermería y se determinaron las prioridades y limitaciones de la investigación en enfermería en el país, tales como: la escasez de núcleos de investigación, la insuficiencia de recursos para el posgrado y la urgencia de acelerar la producción de investigaciones. En el segundo seminario, realizado en Brasilia, se revisó la situación de los Cursos de Posgrado y la producción científica, así como los vacíos del conocimiento y las perspectivas de investigación, los núcleos emergentes de investigación, y la divulgación de los conocimientos; asimismo se establecieron las líneas de investigación de enfermería en el Brasil, distribuidas en tres áreas: 1) profesional; 2) asistencial, y 3) estructura, organización y funcionamiento de las instituciones de salud.

1981—La creación del Primer Curso de Doctorado en Enfermería, en la Universidad de São Paulo.

1979-1983—La edición, por el Centro de Estudios e Investigación de la ABEn de "*Informaciones sobre investigaciones e investigadores en enfermería*", donde están catalogadas, en tres volúmenes, las 208 tesis defendidas por enfermeros para obtener el grado de "Master" o Doctor (18). Estos catálogos ya han servido como fuente de datos y hasta el momento por lo menos para seis trabajos sobre evaluación de la producción científica de enfermería en el Brasil, que fueron presentados en los Congresos Brasileños de Enfermería o en Seminarios de Investigación en Enfermería (19). También son importante fuente bibliográfica específica del área de enfermería para los enfermeros que estén interesados en investigación. El Banco de Tesis de la ABEn proporciona copias de los textos completos que se resumen en los catálogos.

1983—El Estudio del Ejercicio de la Enfermería en las Instituciones del País, promovido por el Consejo Federal de Enfermería y la ABEn, con el apoyo del Instituto Nacional de Atención Médica y Previsión Social, con los siguientes objetivos: analizar la organización técnico-administrativa y financiera de los servicios de enfermería, su posición en la estructura organizacional de las instituciones de salud, así como los recursos disponibles, funciones desempeñadas, condiciones de trabajo y sistemas de promoción; analizar los problemas que afectan el ejercicio de la enfermería, su naturaleza y magnitud, identificando los factores condicionantes; determinar las necesidades de enfermería, tomando como referencia la política de extensión de la cobertura de los servicios de salud, los cambios previstos y su repercusión en el ejercicio de enfermería; analizar las expectativas expresadas por el enfermero en cuanto al papel de enfermería frente a las nuevas tendencias en la prestación de servicios de salud; identificar las expectativas y analizar las opiniones dadas por los enfermeros sobre el papel que deben desempeñar los Consejos Federal y Regional de Enfermería y la ABEn; estudiar la situación y las tendencias de enfermería, a partir del análisis de la evolución de las prácticas de salud y su interdependencia con la estructura socioeconómica y política del país. En estos momentos se está terminando la recopilación de los datos en todo el país.

El establecimiento de una política que contemple el desarrollo de la investigación en enfermería en el Brasil podrá ser el próximo paso en esta cadena de eventos.

No obstante los progresos mencionados, Mendes y Trevizan (20) juzgan que la enfermería brasileña, como campo de actividades relacionadas con la ciencia, todavía está en fase de adolescencia, puesto que el cuerpo de conocimientos que fundamenta su práctica proviene de diversas fuentes, no tiene un objeto propio definido, acepta interferencias ajenas, la producción de conocimientos en esa área específica es reciente y está dirigida hacia los aspectos internos de la profesión, siendo pocos los estudios sobre la enfermería como práctica social.

Sin embargo, desde un punto de vista más global, Dourado (21) considera que "sociológicamente está afirmada la profesión del enfermero" y para fundamentar tal afirmación, señala seis condiciones de su complejo institucional, destacándose la primera de ellas, "la existencia de Cursos de Graduación y Posgraduación en las estructuras universitarias, valiéndose de un cuerpo de conocimientos obtenidos por la investigación científica, técnicas y valores profesionales, todo transmitido a cada grupo anual, de las nuevas generaciones".

LA PRODUCCION CIENTIFICA DE ENFERMERIA EN AMERICA LATINA

En el proceso de elaboración de una investigación se deben considerar, como factores primordiales, el investigador, el problema por él estudiado y los medios utilizados para alcanzar los objetivos propuestos.

Como señalan Anda e Iglesias (22), el investigador del Tercer Mundo enfrenta enormes dificultades para ejercer su trabajo. Además de no disponer de una infraestructura de laboratorios, documentación, etc., como la existente en los centros de excelencia internacionales, estos investigadores aún dependen del reconocimiento de la comunidad científica internacional para legitimar su actividad, pues "la investigación desarrollada en los países del centro del sistema, regula la práctica científica en los países dependientes (mediante) ... la implantación de líneas de investigación, técnicas, relevancia de los resultados, normas de publicación, valores, prejuicios, y elementos ideológicos explícitos o implícitos y otros lazos de dependencia de carácter institucional, tales como convenios, intercambio y aporte financiero".

Rodríguez (23) cita a Amílcar Herrera al analizar "la nueva forma de dependencia, derivada de la superioridad científica y tecnológica de los países desarrollados, que se ha convertido en uno de los instrumentos de poder económico y político ... Mientras en América Latina (la investigación) guarda muy poca relación con las necesidades más apremiantes, en los países 'adelantados' la mayor parte de la investigación científica y tecnológica se realiza sobre temas relacionados con sus objetivos nacionales".

La misma autora describe así la investigación en salud en América Latina: "es escasa y dependiente; no surge como producto de la problemática de

salud de los países latinoamericanos; al igual que los procesos de formación de recursos humanos en salud, y en particular de recurso médico, aparece totalmente desvinculada de la realidad social, obedeciendo a influencias externas, en ocasiones totalmente ajenas a las propias necesidades de los países”.

La enfermera-investigadora del Tercer Mundo tal vez se sienta hoy como nuestras colegas del hemisferio norte se sentían hace treinta años. De acuerdo con Greenbkatt, citado por Santos (24): “Habrá tal vez una tendencia de la enfermera investigadora, sin adiestramiento específico en investigación, en considerarse inferior, especialmente si está colocada al lado de personas que cuentan con mejores conocimientos de psicología, sociología y antropología, individuos estos bien armados con los instrumentos básicos para la realización de investigación y una herencia profesional mucho más grande de conocimientos acumulados”.

Un apoyo a esta suposición se encuentra en el trabajo de Angerami (25) sobre prioridades de investigación en enfermería en el Brasil, donde relata que, en su experiencia en los cursos de maestría y doctorado en enfermería, los alumnos han procurado subsanar sus deficiencias de conocimiento en otras áreas del saber para poder fundamentar sus estudios. La misma autora, refiriéndose a los grupos de discusión del I Seminario Nacional de Investigación en Enfermería (1979), destacó que se pudo percibir que había una gran dificultad para la realización de investigaciones “lo que termina conduciendo al investigador a optar por lo posible más que por lo deseable”.

Hay consenso en la comunidad intelectual de enfermería de la necesidad de definir líneas de investigación⁴ que puedan garantizar coherencia y continuidad a la producción científica. El proceso de definición de líneas de investigación requiere por lo menos dos requisitos: el primero nos es recordado por Dourado (26) cuando afirma: “Una línea de investigación solo existe después de haber investigaciones en un determinado asunto. La línea es conocida después que los investigadores la crean. Y las investigaciones deben ser conocidas y utilizadas por la comunidad científica a la que pertenecen los investigadores”. Para el desarrollo de líneas de investigación en enfermería se hace necesario agrupar los investigadores en núcleos de investigación.⁵ En el Brasil, como la Reforma Universitaria había establecido desde 1968, la indisociabilidad de la enseñanza superior y de la investigación, hubo desde entonces preocupación por formar profesores capacitados para enseñar e investigar. En 1975 había cinco Centros de Posgraduación

⁴Actividad de investigación sobre uno o varios temas correlacionados, continua a lo largo del tiempo, en cuestiones y problemas relativos a las necesidades de la población, realizada de modo progresivo y en condiciones para la inmediata integración de nuevos investigadores.

⁵Unidad donde trabajan profesionales competentes, desarrollando actividades en áreas de la investigación científica y de la enseñanza en el nivel de posgrado.

o Investigación⁶ ampliamente reconocidos por la comunidad científica de enfermería. Posteriormente emergieron otros núcleos, en por lo menos nueve escuelas de enfermería (11). Entre las dificultades observadas para el desarrollo de estos núcleos se encuentra la escasez de docentes interesados y capacitados, lo que parece ser un punto crítico en la enseñanza de enfermería, tanto en el nivel de graduación como de posgraduación.

Angerami (25) opina: "Hay mucho que investigar en el área de formación de recursos humanos y este esfuerzo se debe iniciar en la graduación ... Si el graduado se muestra tan inseguro y limitado, llega al posgrado, la mayoría de las veces, virgen en cuanto a investigación, limitado en su creatividad; por lo tanto el desgaste es mucho mayor y las investigaciones no alcanzarán el nivel deseable, con serias consecuencias en la práctica y en la construcción del saber".

Mendes y Trevizan (12) señalan los siguientes problemas en lo que se refiere a la investigación de enfermería: la falta de preparación del enfermero en cuanto a la elaboración de investigaciones y a la aplicación del producto de las investigaciones en la práctica; el poco énfasis dado en los currículos de graduación en enfermería a la metodología de la investigación; la falta de cursos de especialización en metodología de la investigación para enfermeros de servicio y para docentes; la interrupción del proceso de determinadas investigaciones y la consecuente fragmentación del cuerpo de conocimientos propios de enfermería.

Para el desarrollo de docentes, en lo que se refiere a la competencia en investigación científica, Santos (24), antes del establecimiento de los Cursos de Maestría en Enfermería en Brasil, indicaba un camino que todavía hoy debe ser considerado: el trabajo en colaboración con profesionales de otras áreas, con experiencia en investigación, correspondiendo a las enfermeras identificar los problemas de enfermería que merecen ser investigados. Aquellos investigadores a quienes se podría recurrir serían los de los institutos universitarios, principalmente los ligados a las áreas de las ciencias de la salud, humanas y de la naturaleza.

La promoción de cursos para la preparación, efectiva y en pequeña escala, de investigadores-enfermeros, con la colaboración de otras unidades universitarias, fue la estrategia utilizada en la década de 1960 por la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto (10). En 1966, el Comité de Expertos de la OMS en Enfermería (27), al considerar la necesidad de que todos los países preparasen un grupo de enfermeros para la investigación, insistió de modo especial en el procedimiento interdisciplinario para resolver los problemas de investigación en los países en desarrollo y en la conveniencia de que los enfermeros realicen estudios en colaboración con sus compañeros de los

⁶Pertenecientes a la Escuela Paulista de Enfermería, Escuela Ana Neri de la Universidad Federal de Rio de Janeiro, Escuelas de Enfermería de São Paulo y de Ribeirão Preto (ambas de la Universidad de São Paulo) y la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Bahía.

campos de la medicina y de las ciencias sociales (citado por Gibbons, 28). En 1981, Machado (29) comentaba que “la investigación multidisciplinaria es la que justifica mejor la inversión hoy día, cuando el investigador aislado tiene cada vez menos oportunidades de realizar algo innovador, útil y capaz de sobrevivir al análisis científico”; tal vez esto indique también una estrategia para superar las dificultades actuales.

En los últimos treinta años de actividad científica en la América Latina, la enfermería ha desempeñado un papel discreto, pero progresivamente importante. Bedoya (30) señala que en la Universidad del Valle, Cali, Colombia, la participación de la enfermera en la década de 1950 se limitaba a la fase ejecutiva y se relacionaba con la recolección de datos; en la década siguiente ya se observaba una participación en las fases de programación y de evaluación; a partir de la década de 1970 se inicia su actuación en la planificación de investigaciones y más discretamente en la dirección del proceso; y a partir de los años 80 se verifica la plena participación de enfermeras en todas las fases del proceso de investigación. Creemos que esa evolución es válida para otros países de América Latina, inclusive para Brasil.

Vale recordar que los cursos de posgrado en enfermería empezaron en Colombia en 1964 (en la Universidad del Valle, en Cali, y en la Universidad Nacional, en Bogotá) ofreciendo oportunidades a las enfermeras latinoamericanas de participar en cursos avanzados en áreas específicas de enfermería, en su propio idioma y dentro de un contexto similar al de sus propios países (31). Esos cursos deben haber influido decisivamente en el desarrollo de la investigación de la enfermería en ese país y en otros países de la América Latina.

En la presente década se ha puesto de manifiesto una característica singular en la literatura de enfermería en el Brasil: la preocupación con la evolución de su producción científica en un intento por delinear la situación de la investigación en el país, así como sus tendencias. Vieira (6) estudió la producción científica publicada en los órganos oficiales de la ABEn, en las décadas de 1960 y 1970. La investigación—que fue de naturaleza exploratoria y abarcó un total de 405 trabajos (286 artículos y 119 tesis de grado) puso de manifiesto que el interés por la investigación en enfermería se originó en la década de 1960 y que hubo un incremento de la producción científica entre 1975 y 1979. En cuanto a la región geográfica, la del sudeste (Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro y São Paulo) fue la que presentó la mayor producción científica. Los autores que más escribieron son enfermeros docentes. La mayor concentración de artículos en la década de 1960 se dio en el área de la educación y en la de 1970 predominó el área de asistencia. La producción de tesis se concentra en el área asistencial, seguida de la de administración. En los trabajos del área asistencial predominaron los realizados en el campo hospitalario en la década de 1970, en tanto que en la de 1970 se incrementaron los del área ambulatorial y comunitaria. El

análisis de los enfoques conceptuales en los trabajos del área asistencial demostró porcentajes aproximados entre el nivel psicobiológico y biopsicosocial, mientras que en las tesis, predomina el psicobiológico. En cuanto a la metodología básica utilizada en los trabajos, los artículos se concentraban en la reflexión teórica y en el relato de experiencias, y menos en los estudios exploratorios. En las tesis hubo un predominio de la forma descriptiva cuantitativa, seguida de la exploratoria y de la experimental.

Almeida *et al.* (7) hicieron un análisis de las tesis presentadas en Brasil, entre 1963 y 1979, a base de los catálogos de tesis del Centro de Investigación de la ABEn y encontraron que las dos terceras partes de las tesis fueron elaboradas entre 1975 y 1979, lo que era de esperar puesto que en ese período se incrementó la producción de los cursos de posgrado en enfermería. Casi la mitad se referían al área de asistencia, seguida de las áreas biológica y de administración de enfermería (a las áreas de profesión, enseñanza y salud pública correspondía un número insignificante). Se llegó a la conclusión de que la producción del conocimiento de enfermería se centraba en los aspectos internos de la práctica técnica, y que los referentes a la práctica social eran muy pocos.

Neves (9) al analizar los vacíos del conocimiento para sugerir temas importantes en materia de enfermería, destacó que los problemas implícitos en la totalidad de los casos estudiados (y que parecen haberse originado del conocimiento práctico) se relacionaban con la falta de estudios de actualización. También observó que la mayoría de los trabajos se dedicaban al área asistencial; que el 71% de las tesis revisadas eran de naturaleza descriptiva y exploraban áreas del conocimiento en donde faltaba el desarrollo teórico; que las investigaciones realizadas no se proseguían para estudiar más profundamente los problemas identificados y que habría que incrementar la investigación de naturaleza deductiva.

Mendes y Trevizan (20) también han contribuido al análisis de la producción científica de enfermería, con base en la utilización del método científico en las investigaciones de enfermería y utilizando también los catálogos antes mencionados. Según ellos, la mayoría de los investigadores han hecho uso del método inductivo, pero solamente un porcentaje ínfimo de estos alcanzó la última fase de este método y produjo nuevos conocimientos. Son pocos los investigadores que utilizaron el método deductivo y si lo hicieron fue de manera incompleta, dificultando así la aplicación de los resultados y la identificación de nuevos problemas y teorías. Al estudiar los artículos publicados en la *Revista Brasileira de Enfermería* entre 1970 y 1981, los mismos autores encontraron que las fuentes del conocimiento utilizadas por la enfermería se originan, en orden decreciente, de las siguientes subáreas: la propia enfermería (20%), la medicina (20%), la administración (10%), la educación, la psicología, la política, la sociología y la filosofía.

De acuerdo con todos los trabajos mencionados, es evidente que el incremento de la investigación en enfermería en el Brasil está íntimamente

ligado a las actividades de posgrado, que se iniciaron en 1972. Las propuestas de investigación han sido aisladas, porque en los cursos de posgrado apenas están organizando sus líneas de investigación. La profesión de enfermería está muy enfocada hacia los aspectos biológicos y técnicos, lo que genera una deficiencia de conocimientos en otras áreas, como filosofía, educación, sociología, psicología, economía, que contribuyen mucho al desarrollo de marcos conceptuales en la investigación,

Actualmente, parece haber consenso en cuanto a la necesidad de conocer las alternativas metodológicas que pueden guiar a la investigación en función de la práctica de enfermería en sus aspectos técnicos, científicos y sociales.

De todos modos, existe el problema de la infraestructura de recursos. En enfermería no hay tradición de investigación, como en otras áreas del conocimiento que están insertas directamente en el proceso de producción económica del país. Al mismo tiempo, hay una cierta timidez por parte de los investigadores en enfermería en las propuestas a los órganos financieros para obtener recursos para sus investigaciones; estos también favorecen a las áreas más tradicionales del saber.

Manfredi (31), al referirse a la formación del personal de enfermería en los países del Pacto Andino, menciona "el uso que enfermería ha hecho de los continuos avances científicos y tecnológicos, lo que le ha permitido integrar aspectos de la ciencia en general en un todo funcional acorde con las acciones que le corresponde desempeñar en el campo de la salud". Y sigue diciendo "aunque la investigación en enfermería aún es incipiente, se viene estimulando a fin de proveer evidencia empírica que permita explicar y mejorar la práctica y la educación".

El análisis de los temas de las tesis en los cursos de graduación en enfermería de tres países latinoamericanos (Colombia, Honduras y Panamá) muestra que más de la mitad de esas investigaciones se refieren al comportamiento del paciente y a factores relacionados con problemas de salud. Otros temas abordados tienen que ver con la aplicación del método científico, la educación para la salud, la epidemiología y la demografía (28).

DIVULGACION DEL CONOCIMIENTO CIENTIFICO

La investigación tiene un carácter eminentemente social, en el sentido de que corresponde al científico, al investigador, dar cuenta de los resultados de sus estudios y a la comunidad criticar las informaciones que recibe (32).

Esta función social de la investigación ya fue plenamente reconocida por Descartes en 1637, quien en su *Discurso del Método* (33) decía: "Comprobé que no podía guardarlas ocultas (sus ideas) sin pecar grandemente contra la ley que nos obliga a contribuir, tanto cuanto en nosotros cabe, para el bien general de todos los hombres". Así, juzgaba su deber ... "comunicar fiel-

mente al público todo lo poco que yo descubriera e invitar a los buenos espíritus a que procurasen ir adelante, contribuyendo cada cual según su inclinación y su poder a las experiencias que serían necesarias hacer, comunicando también al público todo cuanto aprendiesen, a fin de que los últimos empezasen siempre donde los antecesores habían terminado, ligando así las vidas y los trabajos de muchos, y fuesen así todos juntos mucho más lejos de lo que cada uno de nosotros individualmente podría hacerlo". Más adelante dejaba constancia de su preocupación por hacer su obra accesible al mayor número posible de lectores, cuando se justificaba: "si escribo en francés, que es el idioma de mi país, y no en latín, que es el de mis predecesores, es porque espero que los que solamente se sirven de su razón natural, enteramente pura, juzgarán mejor mis opiniones que la de aquellos que solo creen en los libros antiguos. En cuanto a los que unen el buen sentido al estudio, los únicos que deseo como mis jueces, no han de ser ellos, estoy seguro, tan partidarios del latín que rehusen oír mis razones porque las expongo en lengua vulgar".

Conforme señala Kumate (34), la divulgación del conocimiento tiene importancia fundamental para el investigador. Aunque la información científica no ayude ni en la generación de la pregunta personal del investigador, ni en la generación de la hipótesis, la revisión de las aportaciones previas da solidez a la formulación del problema, evita las repeticiones innecesarias y enriquece el panorama; también contribuye a la evaluación de la hipótesis, por la confrontación con el pensamiento e interpretaciones de otros investigadores del mismo problema o de problemas semejantes. También es útil en la selección de la mejor tecnología a ser utilizada. Sin embargo, en muchos casos, es preciso crear una tecnología apropiada a la investigación en cuestión. La información también es necesaria para la comparación de los resultados de la investigación con el estado actual del conocimiento y la congruencia de las predicciones.

La información sobre salud puede ser divulgada a través de libros, revistas, anales, periódicos, boletines, tesis, catálogos, etc. Asimismo es importante la que se encuentra en informes de proyectos, presupuestos, encuestas, y trabajos presentados en reuniones científicas, que generalmente constituyen el acervo de los Centros de Documentación e Información. Los Ministerios de Salud del Brasil, Colombia y Venezuela cuentan con ese tipo de centros.

Kumate (34) afirma también que el período transcurrido entre la presentación de un trabajo y su publicación puede ser hasta de dos años y que este es el obstáculo más serio para utilizar la información tradicional. Reconoce que no hay sustituto para el artículo escrito en las revistas de referencia de la especialidad correspondiente, pues aunque los resúmenes sean útiles, ya que alertan sobre la existencia de trabajos pertinentes, el material ha de ser leído de la fuente original. Como los servicios de intercambio interbiblio-

tecario no siempre funcionan satisfactoriamente, concluye que no hay sustituto aceptable para la disponibilidad local de las revistas necesarias.

El Programa de la OPS de Documentación e Información de Salud para la América Latina y el Caribe (35) reconoce que hay consenso en que “la literatura periódica constituye la fuente más importante de información para los servicios y las ciencias de salud”. El número de suscripciones en las revistas es un indicador—si bien que restringido—fidedigno de la insuficiencia del acervo y de la calidad de una biblioteca. Cuantitativamente, las bibliotecas médicas de América Latina no son suficientes. Se estima que un 60% de las escuelas de ciencias de la salud no tienen un acervo bibliotecario utilizable; las suscripciones incompletas son los problemas más grandes.

La Organización Panamericana de la Salud (36) ha reconocido que la información bibliográfica referente a salud en América Latina y el Caribe todavía “es y seguirá siendo, un factor de importancia crítica en el desarrollo de la investigación, de la educación y de los servicios de salud en todos los niveles”.

El Centro Latinoamericano de Información en Ciencias de la Salud establecido en 1968 en São Paulo, Brasil, con el nombre de Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud (BIREME) mediante un convenio entre la OPS, la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos de América (NLM) y el Gobierno del Brasil, representa una importante iniciativa para mejorar el intercambio de información en el campo de salud en la Región. BIREME opera el sistema MEDLINE, que permite el acceso a la información del *Index Medicus* de la NLM y elabora el *Index Medicus Latinoamericano (IMLA)*. BIREME cuenta hoy día con más de 30.000 libros y 2.300 títulos de revistas periódicas y coordina una red de más de 330 bibliotecas en toda América Latina. Además, presta servicios de préstamos interbibliotecarios (cerca de 60.000 por año), referencias bibliográficas (cerca de 4.000 por año), diseminación selectiva de informaciones (como el ofrecimiento de series bibliográficas especiales) y adiestramiento de personal especializado. El Centro Nacional de Información y Documentación (CENIDS) en la Ciudad de México también está vinculado al Sistema MEDLINE/NLM. Debido a las dificultades de instalar terminales de vídeo en bibliotecas de toda la Región, se optó por un sistema de conexión simultánea de numerosas terminales de telex en las instituciones de salud de los países de América Latina a la computadora de BIREME, lo que permite un acceso directo a su banco de datos. Ese sistema opera con rapidez y a bajo costo, no exige terminales exclusivos, su mantenimiento es simple y tiene una gran capacidad de difusión de informaciones; por esta razón, se considera como la tecnología apropiada para hacer llegar la información a la gran masa de profesionales del campo de la salud de la Región.

Ferreira (37) estima en medio millón el número de profesionales de salud “que en un muy amplio porcentaje no tienen acceso ni siquiera a las más elementales fuentes de bibliografía”. Y añade: “no se puede pensar en solucio-

nes aisladas ... en vista de la gran dispersión de la información científica en el sector salud, del aumento acentuado del número de publicaciones y de la inflación acelerada ... en un contexto de grandes limitaciones presupuestarias y poca prioridad en las políticas de expansión del recurso bibliográfico". Todo esto indica también la necesidad de aprovechar al máximo los recursos disponibles mediante la utilización de nuevas tecnologías, en una acción coordinada entre los países.

Para el área de enfermería específicamente existen el *International Nursing Index*, editado por el *American Journal of Nursing* en Nueva York y el *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*, editado por el Glendale Adventist Medical Center, en California. En el cuadro 1 se indica el número de revistas incluidas en estos dos *Index*. Existen 198 revistas de enfermería incluidas en esas dos publicaciones, distribuidas entre 27 países, regiones o continentes. De los Estados Unidos de América se incluyen 140 (70,8%) revistas, o sea mucho más que todos los demás países juntos. De las restantes, 17,2% (34 revistas) son de países desarrollados (Canadá, Japón, cinco países de Europa y Australia) y solo 12,0% de países del Tercer Mundo. Vale la pena señalar que Japón tiene más revistas en esos *Index* (10) que todos los otros países del Asia juntos (nueve) y que Inglaterra tiene igual número que todos los otros países europeos sumados (seis). A la América Latina y el Caribe corresponde solamente 40% del total, con sus ocho revistas de seis países (Brasil, Chile, Jamaica, México, Puerto Rico y Venezuela). De lo anterior se deduce que existe absoluta hegemonía de los trabajos escritos por enfermeros norteamericanos. Por lo tanto, la divulgación del conoci-

Cuadro 1. Número de revistas incluidas en el *International Nursing Index* y en el *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*, país, región o continente, 1981.

Procedencia	Países		Revistas	
	No.	%	No.	%
América Latina/Caribe ^a	6	22,2	8	4,0
Canadá	1	3,7	8	4,0
Estados Unidos de América	1	3,7	140	70,8
Asia (menos Japón)	7	26,0	9	4,5
Japón	1	3,7	10	5,0
África	5	18,5	7	3,5
Europa (menos Inglaterra)	4	14,8	6	3,1
Inglaterra	1	3,7	6	3,1
Australia	1	3,7	4	2,0
Total	27	100,0	198	100,0

^aBrasil, Chile, Jamaica, México, Puerto Rico y Venezuela.

Fuente: adaptada de la referencia 32.

miento científico de enfermería en América Latina, además de insuficiente, es inadecuada. Como dicen Angerami y Almeida (32), nuestras bibliotecas "tienen sus acervos incompletos y luchan con problemas financieros y de recursos humanos. Las ediciones nacionales son frecuentemente interrumpidas, lo que dificulta la recuperación de los datos necesarios. No poseemos un sistema para la centralización y comunicación de la información de enfermería, ni a nivel nacional ni regional". Existe, entonces una evidente dependencia de las fuentes extranjeras.

LA FUNCION TRANSFORMADORA DE LA INVESTIGACION CIENTIFICA

Anda e Iglesias (22) constatan que en "treinta años de actividad científica esta parte del mundo (América Latina) no ha desempeñado un papel importante en la evolución y el desarrollo de las regiones más desfavorecidas, ni en la solución de los problemas más urgentes de su población, como por ejemplo la alimentación y la salud". También Ferreira (37) constata la necesidad de "superar la laguna existente entre el proceso de investigación y el proceso de decisión, creando o mejorando los canales de comunicación entre los investigadores, los administradores y los políticos". Sin embargo, Rodríguez y Pabón (38) declararon que la utilización de los resultados de investigaciones por parte de los servicios de salud e instituciones docentes constituye el punto crucial de la cuestión, y señalaron que los factores que inciden en esta utilización son complejos y obedecen a causas políticas, económicas, sociales y culturales. No obstante, apuntan como estrategia para mejorar el impacto de la investigación aplicada, el intercambio dinámico entre el grupo de investigadores y el nivel decisorio de los servicios para identificar los problemas prioritarios y planificar las investigaciones que sean necesarias.

Enfatizando el papel del sector de la educación, Rodríguez (23) afirma que "la universidad latinoamericana debe ser una universidad comprometida con la ciencia al servicio de la sociedad. Esta misión solo puede ser cumplida por la universidad a través del conocimiento científico de la realidad en que se desenvuelve y de la incorporación de todos sus integrantes en la formación de un nuevo tipo de universitario, consciente y crítico. La universidad debe producir conocimiento científico y contribuir al desarrollo científico-tecnológico independiente del país". Y sigue diciendo que ese conocimiento "pertenece a la sociedad y los problemas de esa sociedad que la universidad estudia solo podrán ser resueltos cuando la universidad no guarde ese conocimiento en el espacio cerrado del ámbito universitario, o lo destine exclusivamente a la publicación en los círculos científicos. Tendrá valor cuando la universidad entregue ese conocimiento a la población y busque conjuntamente con ella la solución a sus problemas". Esa "es una

universidad comprometida, que será respetada y que podrá contribuir a la transformación social de nuestros países”.

Refiriéndose a la aplicación del conocimiento generado por la actividad científica Carvalheiro (39) formula las siguientes preguntas: “¿Qué tipo de repercusiones existen en la producción de determinado conocimiento original? ¿Qué tipo de acciones pueden ser tomadas, y son tomadas efectivamente, de inmediato, después de haberse demostrado hechos concretos que podrían, una vez interpretados y siendo correctamente utilizados, modificar sustancialmente (por lo menos en sectores aislados) las condiciones que se verifican actualmente?” Concluye que la reflexión sobre estas cuestiones “vincula al investigador científico de una manera general y particularmente al investigador científico del área de la salud—y muy especialmente al investigador del área de enfermería y del área de medicina social— a un análisis mucho más urgente acerca de los puntos relevantes de investigación”.

Gibbons (28), al analizar las relaciones entre investigación y ejercicio profesional, dice que hay que esperar que “en el futuro todos los profesionales de enfermería se dediquen a la investigación, de modo directo, indirecto o incidental”. Esto comprende, respectivamente, el desempeño del papel de investigador principal, de colaborador en un equipo de investigación o de consumidor de resultados de investigaciones. Este último no es el menos importante de ellos, pues en él se completa el proceso de la investigación, y se justifica el acto de investigar. Es necesario, por lo tanto, que las enfermeras que se dedican a la atención de enfermería, al igual que las que se dedican a enseñar cómo prestar esa atención, tengan la oportunidad de conocer los resultados de las investigaciones, demuestren un interés científico para analizarlos y desarrollen la capacidad de juzgar su validez y aplicabilidad. En ese sentido, Jacox y Prescott (40) escribieron un artículo estimulante sobre la “determinación de la relevancia de un estudio para la práctica clínica”, donde hicieron hincapié en aspectos en relación con los cuales las personas sin formación específica en investigaciones, pueden y deben juzgarlas. No obstante, todos esos requisitos personales quedarán invalidados si no se cuenta con un apoyo institucional del servicio o de la escuela, que facilite el acceso a la formación y ofrezca condiciones para la evaluación de los resultados y para su aplicación, si fuera el caso.

Nogueira (8) se pregunta si la producción científica de enfermería se aplica realmente en la práctica y si los temas que vienen siendo estudiados son, de hecho, los prioritarios para la profesión. Sobre eso sabemos que los que se ocupan de la investigación son, con algunas excepciones, aquellos que han tenido el estímulo de los cursos de posgrado, y en estos son pocos los enfermeros de servicio que participan, pues las instituciones de salud no se preocupan por la educación continua de su personal. Sería de esperar, entonces, que las investigaciones realizadas por los docentes fuesen aprovechadas por los que trabajan en los servicios de salud.

López (13), en un estudio que realizó de la producción científica de los enfermeros de servicio, encontró que ese personal desconoce lo que se ha producido en términos de investigación, que participa poco en investigaciones, que no utiliza los resultados de otros enfermeros investigadores y que manifiestan una gran insatisfacción con el distanciamiento que existe entre la enseñanza y la práctica. Por otro lado, cabría indagar si los objetos de investigación por parte de los docentes son problemas que emergen de la práctica.

Una de las propuestas que se han hecho para contribuir a la autonomía de la práctica de enfermería es la elaboración de un cuerpo de conocimientos específicos para aclarar su objeto de trabajo. Eso se hizo posible a través de las teorías de la enfermería que fueron elaboradas en la década de 1970 en los Estados Unidos y que constituyen la producción más reciente del saber en materia de enfermería.

Las teorías de enfermería son propuestas norteamericanas para la construcción de un cuerpo de conocimientos específicos de este campo. Hasta el momento no hay evidencia de que estén contestando a la crisis de enfermería, porque parece que no se originaron en la práctica. Se trata de propuestas de una élite de enfermería tal vez alejada de la práctica asistencial y de nuestra realidad sociocultural. Además pueden no ser exactamente teorías de enfermería, ya que su fundamentación tiene un fuerte componente de las ciencias sociales y se relacionan más bien con el enfoque que se da a las relaciones humanas, de enfermero/paciente, etc.

La contribución de las ciencias sociales ha permitido, a partir de la década de 1970, estudios más globales de la situación de salud, de la política sanitaria, de los determinantes políticos y económicos de la estructura sanitaria y de la propia situación de las categorías de trabajadores en el campo de la salud. Este análisis viene mostrando la íntima relación de los factores sociales con los técnico-científicos, descaracterizando la neutralidad científica. Si la investigación se considera como neutral, científica y autónoma, no sería capaz de transformar; por eso tiene que contemplar lo social y de esta forma las relaciones con las instancias económicas, políticas e ideológicas. Del mismo modo, la investigación en enfermería solo tiene razón de ser si se constituye en un medio de generar conocimientos para comprender la práctica y transformarla para cumplir cabalmente sus finalidades. La producción científica de enfermería, por lo tanto, no puede concentrarse únicamente en los aspectos técnicos y conceptuales, sino que debe incluir también las cuestiones teórico-científicas, filosóficas, económicas y políticas.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

En vista de todos los argumentos expuestos, se pueden formular las siguientes consideraciones y sugerencias:

- Los investigadores en enfermería se deben agrupar para realizar investigaciones y estas deben hacerse en torno de alguna línea específica de investigación a fin de generar una fuerza que impulse la creación de núcleos de investigación.

- Es indispensable la participación de los enfermeros de servicio en el proceso de producción científica de enfermería. El grado de esa participación puede variar de un servicio a otro. La inclusión de esos profesionales en los cursos de Maestría podría ser una estrategia que crearía condiciones para la investigación.

- El desarrollo de investigaciones interdisciplinarias es una estrategia favorable a la adquisición de la competencia para investigar y para la obtención de recursos.

- Es necesario seleccionar objetos de investigación que reflejen la crisis de enfermería, aunque hay que tener en cuenta la dificultad de realizar investigaciones pragmáticas con este enfoque.

- La aplicación de las investigaciones en la práctica de enfermería debe ser considerada por el propio individuo que realice la investigación para que su compromiso con la situación problema no termine con la presentación de los resultados de la misma.

- La investigación en enfermería debe incluir todos los aspectos del conocimiento. Así, deberían ser dirigidas tanto al establecimiento de un cuerpo de conocimientos en enfermería como a la práctica del cuidado de enfermería, teniendo en cuenta sus aspectos técnico-científicos y humanísticos, el significado social de esta práctica, de sus agentes y de su objeto de trabajo, en la estructura de salud y en la estructura de la sociedad para que puedan ejercer una acción transformadora en la práctica.

Para el desarrollo de la investigación de enfermería en América Latina es importante reforzar el intercambio entre los países para la preparación de enfermeros en investigación, para la divulgación de la producción científica de cada país y para la evaluación de la aplicación de los resultados. Es de la mayor importancia que se inicie un esfuerzo conjunto con la OPS y BIREME para la elaboración de un "Index Latinoamericano de Enfermería".

RESUMEN

La enfermería en América Latina enfrenta el desafío de integrarse al mismo tiempo a la comunidad científica internacional de enfermería y la comunidad científica nacional. Para alcanzar este doble objetivo, hay que considerar los condicionantes del sector salud y la situación económico-social. La crisis mundial determinó la crisis en el sector salud. La meta de salud para todos en el año 2000, al proponer la sustitución del modelo de atención vigente en los países, con énfasis en los servicios hospitalarios, por una estra-

tegia de atención primaria, ofrece a la enfermería la oportunidad de redefinir y expandir su papel, pero el hecho cierto es que acaba por determinar la pérdida del control de la situación.

De otro lado se inicia una fase de transición de una enfermería comunitaria a una enfermería social, centrada en el ser humano, con un cuerpo socialmente investido por el trabajo y ocupando distintas posiciones en la sociedad. Aunque en esta perspectiva la investigación tiene que ser un factor de mejoría de la práctica de enfermería, se observa una desvinculación entre una y otra.

Se describe en este artículo la evolución de la investigación en enfermería en el Brasil, los marcos históricos y su estado actual.

Se destaca la importancia de la divulgación del conocimiento y las dificultades para su incorporación a la práctica y a la formación de recursos humanos. Finalmente se considera la función transformadora de la investigación en enfermería como práctica social.

REFERENCIAS

(1) Castro, I. B. O papel social do enfermeiro: realidade e perspectivas de mudança. *Anales de XXXIV Congreso Brasileño de Enfermería*. Porto Alegre, Brasil, 24 al 29 de octubre de 1982.

(2) Verderese, O. Análisis de la enfermería en la América Latina. *Educ Méd Salud* 13 (4):315-331, 1979.

(3) Organización Mundial de la Salud. *Enfermería y salud de la comunidad*. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos 558. Ginebra, 1974.

(4) Barros, S.M.P.F. Enfermagem social, seu objeto de trabalho. *Anales del XXXIII Congreso Brasileño de Enfermería*. Manaus, Brasil, 2 al 7 de agosto de 1981, Brasília, Brasil.

(5) Organización Panamericana de la Salud. Reunión del Comité Asesor en Educación en Enfermería. Washington, D.C., 23 al 27 de mayo de 1983 (Informe Preliminar).

(6) Vieira, T. T. Produção científica em enfermagem no Brasil: 1960-1979. Tesis para optar a Profesor Titular de la Universidad Federal de Bahia, Salvador, Brasil, 1980.

(7) Almeida, M.C.P., D. L. Steagall-Gomes, M. C. Ruffino y G. B. Silva. A produção do conhecimento na pós-graduação em enfermagem no Brasil. *Anales del XXXIII Congreso Brasileño de Enfermería*. Manaus, Brasil, 2 al 7 de agosto de 1981.

(8) Nogueira, M.J.C. A pesquisa em enfermagem no Brasil. Retrospectiva histórica. *Informe del II Seminario Nacional sobre Adiestramiento de Posgrado e Investigación en Enfermería*. Brasília, Brasil, 24 al 26 de marzo de 1982.

(9) Neves, E. P. Vazios do conhecimento e sugestões temáticas relevantes na área de enfermagem. *Informe del II Seminario Nacional sobre Adiestramiento de Posgrado e Investigación en Enfermería*. Brasília, Brasil, 24 al 26 de marzo de 1982.

(10) Pelá, N.T.R., M.C.P. Almeida y E.L.S. Angerami. Situação atual dos Cursos e Produção Científica da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (1978/1980). *Informe del II Seminario Nacional sobre Adiestramiento de Posgrado e Investigación en Enfermería*. Brasília, Brasil, 24 al 26 de marzo de 1982.

(11) Andrade, M. N. y M.R.S. Nóbrega. Núcleos emergentes de pesquisa e pós-graduação em enfermagem. *Informe del II Seminario Nacional sobre Adiestramiento de Posgrado e Investigación en Enfermería*. Brasília, Brasil, 24 al 26 de marzo de 1982.

(12) Mendes, I.A.C. y M. A. Trevizan. Acerca da utilização do método científico nas pesquisas de enfermagem. *Rev Bras Enf* 36(1):13-19, 1983.

(13) Lopes, C. M. A produção dos enfermeiros assistenciais em relação a pesquisa em enfermagem, em um município paulista. Disertación para obtener el grado de Maestría, Ribeirão Preto, Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo, São Paulo, Brasil, 1983.

(14) Baptista, S. S. Tendências da produção científica do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Ana Neri da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Estudo das teses aprovadas no período 1975-1981. Tesis para obtener el grado de Maestría, Rio de Janeiro, Brasil, noviembre de 1983.

(15) Carvalho, A. C. *Associação Brasileira de Enfermagem Documentário. 1926-1976*. Brasília, Brasil, Asociación Brasileña de Enfermeras, 1976.

(16) Alvim, E. F. Levantamento de recursos e necessidades de enfermagem. *Rev Bras Enf* 18(4):301-310, 1965.

(17) Alcântara, G. A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira. Tesis para optar a un Concurso en la Cátedra de Historia de la Enfermería y Etica de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, São Paulo, Brasil, 1963.

(18) Asociación Brasileña de Enfermería. Centro de Estudios e Investigación. *Informações sobre Pesquisas e Pesquisadores em Enfermagem*. Vol I, II, III, 1979, 1980, 1983.

(19) Asociación Brasileña de Enfermería. 33 años del Congreso Brasileño de Enfermería, Retrospectiva, Coordinadora, Marilene Schmarcsek. Porto Alegre, Brasil, 1982.

(20) Mendes, J.A.C. y M. A. Trevizan. As fontes do conhecimento e as tendências subjacentes nos artigos publicados na Revista Brasileira de Enfermagem, de 1970 a 1981. En: *XXXV Congreso Brasileño de Enfermería*. São Paulo, Brasil, 23 al 29 de octubre de 1983.

(21) Dourado, H. G. A enfermeira e a institucionalização da profissão e de seu papel profissional. *Rev Bras Enf* 31(3):293-303, 1977.

(22) Anda, E. V. y J. R. Iglesias. Pesquisa científica e desenvolvimento econômico na América Latina. *Ciência e Cultura* (São Paulo) 35(9):1233-1242, 1983.

(23) Rodríguez, M. I. El trabajo científico en la formación de profesionales de salud. *Educ Méd Salud* 13(3):212-231, 1979.

(24) Santos, C.A.F. Pesquisa. Responsabilidade nova das escolas de enfermagem. *Rev Bras Enf* 17(5):278-290, 1964.

(25) Angerami, E.L.S. Prioridades de Investigación em Pesquisa. Trabajo presentado en una reunión de un grupo de Consultores en Educación de Enfermería, del Programa del Personal de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 23 al 27 de marzo de 1983.

(26) Dourado, H. G. Ambito da pesquisa em enfermagem: pós-graduação stricto sensu e lato sensu e linhas de pesquisa. Trabajo presentado como tema libre en el XXXIV Congreso Brasileño de Enfermería, Porto Alegre, Brasil, 1982.

(27) Organización Mundial de la Salud. *Comité de Expertos de la OMS en Enfermería. Quinto Informe*. Serie de Informes Técnicos 347. Ginebra, 1966.

(28) Gibbons, L. K. La investigación en enfermería: un campo interdisciplinario. *Educ Méd Salud* 14(1):76-94, 1980.

(29) Machado, P.A. A enfermagem e a pesquisa. *Anales del XXXIII Congreso Brasileño de Enfermería*. Manaus, Brasil, 2 al 7 de agosto de 1981.

(30) Bedoya, Y. A. La investigación y la participación de enfermería. Análisis macro-social. Análisis micro para el proyecto Primapa Materno-Infantil (Esquemas de aula), Taller Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), Región América Latina. Bogotá, Colombia, 25 de abril al 7 de mayo de 1983.

(31) Manfredi, M. Formación del personal de enfermería en los países del Pacto Andino. *Educ Méd Salud* 13(4):441-445, 1979.

(32) Angerami, E.L.S. y M.C.P. Almeida. Divulgação do conhecimento científico produzido na enfermagem. II Seminario Nacional sobre Adiestramiento de Posgrado e Investigación en Enfermería. 24 al 26 de marzo de 1982. *Rev Esc Enf USP* (São Paulo) 16(2):211-223, 1982.

(33) Descartes, R. *Discurso del Método*. Librería José Olímpio, 1960.

(34) Kumate, J. Necesidades de información en la investigación biomédica. *Educ Méd Salud* 15(4):395-405, 1981.

(35) Organización Panamericana de la Salud. División de Recursos Humanos e Investigación. Reseñas. Programa de Documentación e Información de Salud para América Latina y el Caribe. *Educ Méd Salud* 15(4):494-505, 1981.

(36) Organización Panamericana de la Salud. Noticias: BIREME ofrece acceso a la información biomédica y de salud mediante telex. *Educ Méd Salud* 15(4):520, 1981.

(37) Ferreira, J. R. Información biomédica y de salud en América Latina. Editorial. *Educ Méd Salud* 15(4):363-368, 1981.

(38) Rodríguez, R. J. y H. Pabón. Marco conceptual de la investigación aplicada a servicios de salud. *Educ Méd Salud* 15(1):40-47, 1981.

(39) Carvalheiro, J. R. Comentarios sobre una tese de mestrado. En: *Relatório do Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem*. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 20 al 22 de noviembre de 1979.

(40) Jacox, A. y P. Prescott. Determining the relevance of a study for the clinic practice. *Am J Nurs*, noviembre de 1978.

NURSING RESEARCH AS AN INSTRUMENT FOR CHANGE IN PRACTICE AND MANPOWER TRAINING (*Summary*)

Nursing in Latin America faces the challenge of integrating with both the international and local scientific nursing communities. This dual purpose cannot be accomplished in disregard of the factors that bear on the health sector and the socioeconomic situation. The crisis in the health sector derives from the world crisis. The present care model in the countries emphasizes hospital services; in proposing its replacement with a primary care strategy, the goal of Health for All by the Year 2000 offers nursing an opportunity to redefine and expand its function, but the fact is that it ultimately leads to loss of control of the situation.

On the other hand, there begins a phase of transition from community nursing to social nursing focusing on the human being, with a body socially invested by work and occupying different positions in society. Although from this standpoint research must be a factor for the improvement of nursing practice, what is seen is a severance of the connection between them.

This article describes the development of nursing research in Brazil, the historical settings, and its present status.

It highlights the importance of circulating knowledge and the difficulties of incorporating it into practice and manpower training. Finally, the article considers the transforming function of nursing research as a social practice.

A PESQUISA EM ENFERMAGEM COMO INSTRUMENTO DE MUDANÇA NA PRÁTICA E NA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS (*Resumo*)

Na América Latina, a enfermagem enfrenta o desafio de se integrar simultaneamente à comunidade científica internacional do ramo e à comunidade científica nacional. Para alcançar esse duplo objetivo, cumpre considerar os fatores condicionantes do setor da saúde e a situação econômico-social. A crise mundial determinou a crise no setor da saúde. A meta de saúde para todos no ano 2000, ao propor a substituição do modelo de atenção vigente em os países, com ênfase nos serviços hospitalares, por uma estratégia de cuidados primários, oferece à enfermagem a oportunidade e redefinir e expandir seu papel, mas o fato é que acaba por determinar a perda do controle da situação.

Por outro lado, tem início uma fase de transição de uma enfermagem comunitária para uma enfermagem social, centralizada no ser humano, com um corpo socialmente investido pelo trabalho e ocupando distintas posições na sociedade. Embora a pesquisa deva ser, segundo esta perspectiva, um fator de melhoria da prática da enfermagem, observa-se uma desvinculação entre uma e outra.

Descreve-se no presente artigo a evolução da pesquisa em enfermagem no Brasil, seus marcos históricos e seu estado atual.

Destaca-se a importância da divulgação do conhecimento, bem como a dificuldade em incorporá-lo à prática e à formação de recursos humanos. Finalmente, examina-se a função transformadora da pesquisa em enfermagem como prática social.

LA RECHERCHE AU SERVICE DES SOINS INFIRMIERS: UN MOYEN DE MODIFIER LA PRATIQUE ET LA FORMATION DE RESSOURCES HUMAINES (*Résumé*)

Le service infirmier en Amérique latine doit relever le défi de s'intégrer en même temps à la communauté scientifique internationale de soins infirmiers et à la communauté scientifique nationale. Pour atteindre ce double objectif, il faut considérer les facteurs sous-tendant le secteur de la santé et la situation économique-sociale. La crise mondiale a provoqué la crise dans le secteur de la santé. En proposant de remplacer le type de service de santé existant dans les pays, où l'accent est mis sur les services hospitaliers, par une stratégie de soins de santé primaires, l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000 offre au service infirmier la possibilité de redéfinir et d'élargir son rôle, mais la chose certaine est qu'on finit par perdre la maîtrise de la situation.

D'autre part, on voit le début d'une phase de transition d'un service infirmier de type communautaire à un service infirmier social, axé sur l'être humain, dont le

corps revêt une importance sociale que lui donne le travail et qui occupe différentes positions dans la société. Dans ce contexte, la recherche doit certes être un facteur d'amélioration dans l'application pratique des soins infirmiers: pourtant, on observe un manque de lien entre ces deux éléments.

La présent article décrit l'évolution de la recherche en matière de soins infirmiers au Brésil, les cadres historiques et la situation actuelle.

On souligne l'importance de la diffusion des connaissances et les difficultés qu'on trouve à les incorporer à la pratique et à la formation des ressources humaines. Finalement, on examine la fonction transformatrice de la recherche en matière de soins infirmiers comme pratique sociales.

Reseñas

LA ETICA DE LA REMUNERACION MEDICA

Luiz Carlos G. Lobo¹

El médico ejerce sus actividades desplegando una autoridad—caracterizada aquí como un reconocimiento, cualidad, posición o prerrogativa que lleva a tenerle confianza y a obedecerle—que se hace legítima al reconocer que: 1) sus conocimientos y su competencia han sido validados por la facultad donde se graduó y por la aceptación de sus colegas; 2) sus conocimientos y su competencia se basan en el dominio de lo racional y lo científico, y 3) su juicio y orientación profesional se destinan principalmente a fomentar, mantener y recuperar la salud de sus pacientes.

La aceptación de esa autoridad por parte de los pacientes significa una subordinación del juicio de cada persona al consejo y a la decisión profesional, lo que genera, por ende, dependencia social.

El médico pasó a desplegar un poder que incorpora dos formas de control efectivo: la legitimidad y la dependencia.

La legitimidad consensual de la autoridad médica, conferida por las Facultades de Medicina en el Brasil y por el examen del Estado en otros países, queda simultáneamente validada por la aceptación social de que es objeto, sobre todo por el reconocimiento de la competencia profesional del médico por las clases dominantes, que al compartir la misma cultura y los mismos valores en general, aceptan la validez de ese poder.

La dependencia de la población con respecto a la autoridad médica, además de estar reforzada por una serie de imposiciones y requisitos legales—control médico de la prescripción de ciertas drogas, certificación del estado de enfermedad por parte del médico para efectos de licencias de trabajo, necesidad del certificado médico para obtener reembolso de gastos o una partida de defunción—ha aumentado mucho, sobre todo a partir de los años 30, debido al creciente número de ingresos hospitalarios que demanda mayor trabajo médico. La hospitalización del paciente, que lo aleja de su hogar y de la convivencia con sus familiares, lo convierte en una persona inevitablemente dependiente de la autoridad del médico y de los demás integrantes del equipo de salud.

Sin embargo, la autoridad del médico, característica de su condición profesional, viene siendo objeto de discusión últimamente como resultado de dos factores fundamentales: 1) duda en cuanto a la competencia y a los conocimientos de los profesionales graduados en un gran número de facultades y 2) escepticismo en cuanto a la principal motivación de la actividad médica, que en muchos casos se desvía de la atención de salud de los pacientes y se concentra en las utilidades materiales. Al analizar el problema ético de la remuneración médica hay que enfocar esos dos

¹Profesor de la Universidad Federal de Rio de Janeiro y Director de BIODATA, Rio de Janeiro, Brasil.

aspectos para tratar de la asignación de salarios a la clase médica o su discutida mercantilización, así como enfocar el asunto relativo a la ética de la virtud y a la del servicio.

La ética es un conjunto de principios morales que dependen de la cultura y la sociedad, según los cuales la persona debe orientar su actitud en la profesión que ejerce. Por ende, las cuestiones éticas son de la mayor importancia en el comportamiento de los hombres. La ética puede centrarse en el concepto de la virtud, del bien y del mal, o en el concepto del bien social, siempre y cuando la concentración en un concepto no excluya al otro.

Ante todo, se debe tener en cuenta que la ética profesional refleja, por lo general, los principios morales predominantes en la sociedad como un todo. En los períodos en que existe un debilitamiento general de la moral, en que cada cual quiere sacar ventaja de los demás o de todo, será difícil conservar los principios de conducta de diferentes sectores de la población. Los médicos no son las mejores ni las peores personas del mundo; sufren también las presiones del medio en que viven y unos se mantienen fieles a sus principios y otros no. No hay por qué encañonarlos. La debilidad de algunos no puede ni debe significar una falla general. La mayor parte de la población y sus distintos sectores, entre los que se encuentra el de los médicos, es correcta y anhela la conservación de los valores morales y los principios éticos que siempre han orientado su conducta.

Ética de la virtud y del servicio social

Antes de discutir los principios éticos que deben orientar la práctica médica, se debe indicar si el concepto básico que servirá para orientar la formulación de la política de salud del país es el de atención de salud o el de cobertura de los servicios de salud.

El concepto de atención de salud denota una posición pasiva de este sector que atiende a quien la busca, lo que indica una posición cómoda y de poca responsabilidad social. Ningún hospital ni centro de salud se siente responsable si en la casa de la esquina muere un niño de difteria, enfermedad que es evitable con un programa ordinario de vacunación. La responsabilidad del servicio o del médico comienza cuando el paciente está hospitalizado o cuando se comienza a atenderlo. La atención médica no exige la coordinación de recursos, y permite la existencia simultánea de diversas modalidades de prestación de servicios y de varias clases de proveedores. Sin embargo, se debe tener en cuenta que si el Brasil se ha adherido con determinación al compromiso mundial de garantizar la salud para todos en el año 2000, tendrá que pensar necesariamente en la cobertura, lo que significa cambiar radicalmente el concepto de prestación de servicios, ampliándolo ahora a una población definida en forma activa, decisiva e integral. Los servicios en ese caso son necesariamente activos y se destinan a la población, prestando atención preventiva mediante el control de los vectores de enfermedades, el mejoramiento de las condiciones ambientales adversas, enseñanzas, el establecimiento de servicios de saneamiento básico, vacunación, la atención de embarazos y del crecimiento infantil y el registro de datos relativos a la morbilidad y mortalidad, es decir, el equipo médico asume la responsabilidad por la salud de la población cubierta.

Para ello hay que integrar los recursos y coordinar las actividades conducentes a un mismo objetivo: el de garantizar la salud para todos.

Las definiciones de atención médica y cobertura corresponden esencialmente al dilema de aceptar la salud como un privilegio de quien puede pagar y tiene acceso a los servicios de salud, o como un derecho de todos. Este es, ante todo, un dilema ético.

Asignación de salario al médico

La práctica médica del Brasil se organizó siguiendo los patrones europeos. El médico atendía al paciente que podía pagar en su consultorio o su residencia, y lo internaba solamente en casos de intervenciones quirúrgicas o en condiciones muy especiales en las "Casas de Salud" (instituciones más parecidas a un hotel que a un hospital). La atención otorgada a los pobres se prestaba en las Santas Casas de Misericordia (organizaciones filantrópicas financiadas con contribuciones populares), y en grandes enfermerías, donde imperaban el padre y las Hermanas de la Caridad. La asistencia religiosa en esas instituciones era tan importante o inclusive más que la médica, y todavía desempeñan un papel decisivo en la prestación de servicios de salud en las ciudades pequeñas y medianas del interior del país, sobre todo en las del sur y del sudeste.

El sector público se encargaba únicamente del control y tratamiento de las enfermedades infecciosas (transmisibles, tuberculosis, lepra), de los enfermos mentales y, solo recientemente, de los cancerosos. El médico trabajaba esencialmente en su consultorio, ejerciendo una práctica liberal de la medicina y dedicándose un poco al trabajo dentro del medio hospitalario.

Tanto es así que la mayoría de los hospitales brasileños, aun los de construcción reciente y los dedicados a la enseñanza, todavía no cuentan con salas para los médicos, de modo que ellos pasan a esas instituciones exclusivamente a examinar a sus pacientes o a realizar intervenciones quirúrgicas. El hospital es solo un lugar de trabajo del médico que, sin tener en cuenta los costos ni la eficiencia institucional, quiere más bien encontrar condiciones "adecuadas a su trabajo" y cobrar a sus pacientes honorarios profesionales.

Sin embargo, en general, esta situación viene sufriendo modificaciones a paso acelerado, como consecuencia de las siguientes razones conectadas entre sí:

- La rápida ampliación de la atención médica ofrecida por el Sistema de Previsión Social a sus beneficiarios.
- La incorporación de grandes contingentes de trabajadores y de personas a su cargo al Sistema de Previsión Social, que actualmente cubre cerca del 90% de la población brasileña.
- La acelerada especialización de la práctica médica y su dependencia cada vez mayor respecto de los exámenes de diagnóstico, lo que obliga al médico a buscar un lugar de trabajo común, o sea un hospital.
- Los costos cada vez más elevados de la atención médica, que dependen en forma progresiva del uso de equipo de diagnóstico complejo y de medicamentos, y el empobrecimiento de la clase media, a consecuencia de las dificultades económicas de los últimos 20 años, lo que ha llevado a una acentuada disminución del número de pacientes particulares.

Pero en el Brasil el médico es generalmente mal remunerado cuando es asalariado y cada vez gana menos en el ejercicio liberal de su profesión. En su afán de reservar tiempo para atender a una posible clientela particular, el médico no luchó primordialmente por aumentar su salario sino por disminuir su jornada de trabajo (los empleados públicos no universitarios tenían en el país una jornada de trabajo limitada por ley a 24 horas semanales).

Como los pacientes particulares no se presentaban, los médicos brasileños se pusieron en acción y consiguieron promulgar leyes que les permitían tener varios empleos. En la actualidad, la mayoría de los médicos, sobre todo los más jóvenes, que trabajan en las grandes ciudades tienen tres empleos: dos públicos y uno privado. El médico se ha convertido así en un trabajador sin descanso. Va al hospital o al centro de salud para atender a 20 ó 30 pacientes en el servicio ambulatorio y cuanto más rápido, mejor. Vive muy afanado de un empleo a otro, y trabaja mal. Perdió su "alma" porque ya no está en ningún lugar. No hay más tiempo para discutir un caso, volver a estudiar una radiografía con un colega, participar en sesiones clínicas, como tampoco para ir a la biblioteca.

Esos hechos han llevado a una acentuada disminución de la calidad de la atención que se presta al paciente. Por otro lado, se pide una gran cantidad de exámenes complementarios, ya sea para "librarse" del paciente, para evitar posibles reclamos o aun para justificar el elevado costo del equipo adquirido. Más del 70% de las radiografías y los exámenes de laboratorio son normales en el Brasil, lo que revela el descuido con que se solicitan.

Las consecuencias inevitables de esa situación son el encarecimiento de la atención médica, el mal acondicionamiento de la población que pasa a relacionar la buena atención con la prescripción de varios exámenes por parte del médico, el descuido en el interrogatorio y el examen físico y, por ende, el deterioro de la calidad de los servicios médicos.

Todo eso indica una crisis de la mayor gravedad en la medicina: la crisis de formación y de procedimiento ético del médico.

La situación se agrava aún más por la duda que tienen muchos sectores de la población en cuanto a la competencia profesional de los médicos formados en grandes números en facultades que muchas veces no cuentan con las condiciones básicas para dispensar una formación médica profesional.

Se estima que el número de médicos del país ha aumentado de 47.250 en 1969 a 119.747 en 1982, lo que significa que la relación entre el médico y la población aumentó de 0,57 médicos por cada 1.000 habitantes a 0,96 médicos por cada 1.000 habitantes (cifra superior a la pronosticada por la OMS de 0,8 médicos por cada 1.000 habitantes).

El aumento del número de médicos, la disminución de su prestigio social y el encarecimiento del costo de la atención médica han agravado la asignación progresiva de salarios a la profesión.

Comercialización de la medicina

Muchos médicos, que han perdido el incentivo debido a una práctica profesional efectuada en condiciones inadecuadas, con salarios insuficientes que los obligan a

tener varios empleos, sin tiempo para estudiar ni actualizar sus conocimientos, presionados por las empresas que producen equipo médico y hospitalario, bombardeados por las propagandas farmacéuticas en el consultorio, sumidos en una sociedad donde consumir significa para muchos vivir mejor (sic), piensan hoy en facturar, cobrar y ganar y no en garantizar una mejor atención a sus pacientes.

Es preciso modificar esa situación. Ante todo, se debe crear una carrera profesional que permita visualizar el futuro y garantizar buenas condiciones de trabajo. Para ello es necesario obtener mejor compensación económica por un solo empleo y mejorar la formación universitaria por medio de una mayor (y si es posible plena) integración de la facultad a la red de servicios.

Todos nosotros tenemos el deber inalienable de rescatar, fomentar y estimular la motivación de algunos médicos, su dedicación al paciente y su preocupación por el bienestar común de la mayoría.

Solo así se conservarán los valores morales de la profesión médica y nos haremos acreedores del reconocimiento de la población por nuestro trabajo.

RESIDENCIA MEDICA EN EL BRASIL: SITUACION ACTUAL Y PERSPECTIVAS

Evandro Guimarães de Sousa¹

Pese a que la residencia médica existe en Brasil desde los años 40, solo se reglamentó en septiembre de 1977 con la creación de la Comisión Nacional de Residencia Médica (CNRM), dentro de la Secretaría de Educación Superior del Ministerio de Educación y Cultura.

Esta es una Comisión de deliberación colectiva en la que participan otros Ministerios y entidades afines, en que se incluye la Asociación Nacional de Médicos Residentes.

Entre 1977 y 1979, la CNRM estableció normas y criterios mínimos para la aprobación de los programas efectuados en los campos de práctica clínica médica, cirugía general, obstetricia y ginecología, medicina preventiva y social, y pediatría. De esa forma se determinó que del 80 al 90% del tiempo dedicado a los programas se destinaría a actividades prácticas y el resto se reservaría para actividades teóricas. Se puntualizó además que cada residente estaría a cargo de un mínimo de cinco camas y de un máximo de ocho durante su adiestramiento, y que el número máximo de residentes supervisado por un profesional competente de la especialidad sería de seis, en caso que el profesional trabajase a tiempo completo en la institución, y de tres, por cada dos profesionales que trabajasen a tiempo parcial.

Hasta el 31 de agosto de 1980, 106 instituciones de salud habían solicitado la aprobación de sus programas, demostrando que cumplían con las normas establecidas y reconociendo la importancia de las actividades de la Comisión Nacional de Residencia Médica.

¹Secretario Ejecutivo de la Comisión Nacional de Residencia Médica, Secretaría de Educación Superior, Ministerio de Educación y Cultura, Brasil.

En julio de 1981, se determinó que la expresión "residencia médica" podría utilizarse solo por aquellas instituciones cuyos programas fueran reconocidos por la CNRM. A esa modalidad de enseñanza de posgrado se le dio el carácter de especialización, fijando el valor de la beca de estudios y el número de horas semanales de adiestramiento y estableciendo que el título conferido al finalizar el curso constituiría un documento legal ante el Sistema Federal de Enseñanza y el Consejo Federal de Medicina.

En ese mismo año se hizo una relación de las especialidades que aprueba la CNRM, además de las cinco precitadas, que se dividen de la manera siguiente:

- Entrada directa al programa: anestesiología, anatomía patológica, enfermedades infecciosas y parasitarias, oftalmología, ortopedia y traumatología, otorrinolaringología, psiquiatría y radiología.
- Exigencia mínima de un año de práctica clínica médica o pediatría como requisito previo: cardiología, dermatología, endocrinología-metabolología, medicina física y de rehabilitación, gastroenterología, hematología-hemoterapia, nefrología, neurología, oncología, neumología, reumatología y patología clínica.
- Exigencia de un año de práctica en cirugía general como requisito previo: cirugía plástica, cirugía torácica, cirugía vascular periférica, cirugía cardiovascular, proctología y urología. Para el programa de cirugía pediátrica se exige como mínimo un año de práctica en pediatría o cirugía general como requisito previo para ingreso en la especialidad.
- Exigencia mínima de un año de práctica en neurología como requisito previo para el programa de neurocirugía.

En forma excepcional, la CNRM puede aprobar otros programas que no se relacionen con las especialidades mencionadas, y ya se aceptaron los siguientes: cirugía de la cabeza y del cuello, cirugía gastroenterológica, alergia e inmunología y radioterapia.

También en 1981 se determinaron los requisitos mínimos para la aprobación de programas de medicina general comunitaria y se perfeccionaron los criterios para los de medicina preventiva y social.

La duración mínima de los programas debe ser de dos años, con excepción de los de cirugía cardiovascular y de neurocirugía cuya duración deberá ser de tres años, y los de medicina preventiva social que durarán un año, aunque se permitirá otro año con el fin de profundizar los conocimientos y perfeccionar la capacidad del estudiante en la especialidad. Además, la CNRM autoriza un año más para el estudio en cualquier programa que permita a los interesados perfeccionar sus conocimientos en determinados campos especializados.

Hasta noviembre de 1982, se podía obtener la aprobación de los programas después de iniciada la capacitación; a partir de esa fecha se comenzó a exigir la aprobación previa de un proyecto para que el programa pudiese iniciar sus actividades.

La aprobación es válida por cinco años, al cabo de los cuales puede renovarse a criterio de la CNRM; sin embargo, el programa aprobado puede ser modificado en caso de que se observen insuficiencias durante las visitas de verificación que realizan periódicamente los grupos nombrados por la Secretaría Ejecutiva de la Comisión.

Situación actual

Hasta abril de 1984, habían 1.052 programas en marcha en 158 instituciones de salud. La mayoría (734) se están llevando a efecto en la región Sudeste y un número menor (4) en la región Norte; de esa cifra, el 41,25% (434) todavía presenta insuficiencias.

En 1982, se graduaron 8.043 médicos en las 76 facultades existentes en el país; la oferta de vacantes permitió el ingreso del 41% de los graduados en ese año.

En 1983 se ofrecieron 3.294 vacantes para el primer año de residencia médica, ya que solo los programas de anatomía patológica, anestesiología, cirugía general, práctica clínica médica, enfermedades infecciosas y parasitarias, medicina general comunitaria, medicina preventiva y social, obstetricia y ginecología, oftalmología, ortopedia y traumatología, otorrinolaringología, pediatría, psiquiatría y radiología, no exigen requisitos previos.

Las instituciones privadas tienen el mayor número de residentes, seguidas por las que pertenecen al Instituto Nacional de Asistencia Médica y Previsión Social, si bien el mayor número de residentes y programas por institución está localizado en los hospitales del Ministerio de Educación y Cultura, y del Instituto.

Perspectivas

Como estrategia para el bienio 1984-1985, la CNRM se concentró en la creación de programas en las regiones Norte y Nordeste y dio consideración prioritaria a las especialidades de práctica clínica médica, cirugía general, medicina preventiva social, obstetricia y ginecología y pediatría, además de otras, de conformidad con las justificaciones presentadas por los interesados y las necesidades observadas.

Con medidas eminentemente educativas pretendemos mejorar los programas que acusen deficiencias durante este período.

El registro de facultades de medicina, iniciado en 1981 por decisión de la Secretaría de Educación Superior del Ministerio de Educación y Cultura—que se puso en práctica por medio del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en el Brasil (acuerdo Ministerio de Salud/Ministerio de Educación y Cultura/Ministerio de Previsión y Acción Social/Organización Panamericana de la Salud)—nos dio la oportunidad de verificar que de un total de 12.576 profesores de 74 facultades, 2.432 (19,3%) habían cumplido la residencia médica como requisito de posgrado, 2.318 (18,4%) tenían maestría o doctorado y los demás una licenciatura u otras clases de especialización o de título académico.

Por lo tanto, es necesario agregar al plan de los programas varias actividades pedagógicas destinadas a la enseñanza de la medicina a fin de completar la formación de futuros profesores.

En trabajo conjunto realizado con la Oficina Regional del Area V de la OPS/OMS se distribuyeron varios volúmenes del SESAP III (Programa de Enseñanza Quirúrgica y Auto-Evaluación) a los programas de cirugía general. Dichos volúmenes son módulos de instrucción programada, elaborados por el Colegio Americano de Cirujanos. Además se distribuyeron ejemplares del Curso Práctico del Programa Am-

pliado de Inmunización para utilizarlos en los programas de medicina general comunitaria y medicina preventiva y social.

Cabe destacar que la utilización del material se considera como factor de excelencia de los programas, lo que se observa durante las visitas periódicas de verificación.

Las actividades de educación continua se iniciaron con la circulación de la revista *Residencia Médica* editada a partir de 1979, mediante la difusión de artículos pertinentes y el envío de información necesaria a todos los interesados no solo en el territorio nacional sino en los países de América Latina, Estados Unidos de América, Portugal y España. Además de ser un medio que permite seguir la trayectoria profesional de los médicos residentes, les ofrece a estos oportunidades de rotación periódica.

Una de las exigencias para la aprobación de los programas de residencia médica es la obligación de que la institución disponga de una colección de libros y de periódicos adecuada a las especialidades ofrecidas. Por medio de negociaciones con la Representación local de la OPS/OMS fue posible adquirir libros del Programa de Libros de Texto y Material de Enseñanza (PALTEX), para las instituciones que todavía no han suscrito un acuerdo con esas organizaciones.

La CNMR ha fomentado las investigaciones de los programas a través de la presentación de trabajos de los residentes, la participación de reuniones científicas y el trabajo conjunto con el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico. Asimismo, ha impulsado la realización de seminarios de epidemiología clínica como método de iniciación en la metodología científica, orientada hacia la evaluación crítica de procedimientos clínicos.

Abrigamos la esperanza de poder consolidar la residencia médica por medio de estas actividades, como una excelente modalidad de posgrado, reconocida como tal en los países que la ofrecen.

OFICINAS TECNICAS DE EDUCACION UNIVERSITARIA

E. E. Guzmán¹ y A. P. Cristoffanini²

Los problemas de la educación superior han sido motivo de reflexión y análisis desde tiempo inmemorial. En la segunda mitad de este siglo la discusión se ha centrado en diversos temas relacionados con los adelantos de la tecnología educativa y de las ciencias del comportamiento humano y con el avance espectacular de diversas disciplinas científicas que, en muy pocos años, han aumentado su acervo propio, más que en toda la historia previa de la humanidad.

Las universidades, implícita o explícitamente, han declarado que uno de sus propósitos fundamentales es el de preparar profesionales técnicamente eficientes y humanamente equilibrados para el desempeño de sus funciones específicas y para su autorrealización como ser humano (1-3).

¹Director, Oficina de Educación Médica, División Ciencias Médicas-Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

²Decano, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.

Nos ha parecido interesante ofrecer a la comunidad docente universitaria las siguientes consideraciones, surgidas de nuestra experiencia y conocimiento referente a la creación, desarrollo y funcionamiento de oficinas de educación médica, que han sido entidades promotoras y facilitadoras de un progreso continuo del proceso de enseñanza-aprendizaje en las carreras del área de la salud. Creemos que esta experiencia puede ser aplicable a cualquier campo de la educación superior.

Antecedentes

El problema de la pedagogía, la capacitación docente, y la tecnología educativa en la educación superior ha sido motivo de análisis por lo menos desde comienzo del siglo.

En 1953 se realizó en Londres la Primera Conferencia Mundial de Educación Médica, primer esfuerzo internacional para formar criterio sobre este problema.

En la década 1950 se observó en América Latina una creciente preocupación por modificar los patrones tradicionales en la formación de personal de salud (4-6). Más o menos paralelamente se desarrolló una verdadera revolución en los aspectos teóricos y metodológicos de la educación (7-8). Sorprendentemente el área de las ciencias de la salud fue una de las primeras en incorporarse a esta preocupación (9-13).

En esa misma época la explosión del conocimiento biomédico básico puso énfasis en la "sólida base científica" que las "disciplinas experimentales" deben aportar a la enseñanza de las ciencias de la salud. También se observó la tendencia a dar preferencia a la contratación de personal docente con dedicación exclusiva, llegando a afirmarse que "solo podía y debía enseñar" quien hacía investigación científica. En contraste, en la enseñanza de las actividades propiamente profesionales se descansaba en profesionales de prestigio, de alta capacidad en su especialidad, partiéndose del supuesto que la idoneidad profesional era garantía suficiente de idoneidad docente (14).

Al académico dedicado a la investigación se le exige habilidades y destrezas en el método experimental, así como actitudes hacia la investigación (hábito inquisitivo, duda metódica, etc.); del mismo modo al docente debería exigírsele conocimientos, habilidades y destrezas esenciales para ejercer la función educativa (14-15).

Como respuesta a esta evidente discordancia, se comenzó a señalar, por parte de la Facultad de Medicina, la necesidad de establecer programas formales de capacitación docente. En 1962, la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile patrocinó seminarios de relaciones humanas y enseñanza médica y luego crea una Oficina de Educación Médica (2). En los años siguientes, las demás facultades de medicina del país organizaron grupos *ad hoc* para este fin, a partir de los cuales se originaron oficinas de educación médica en cada una de ellas. En el curso de 1978 estas oficinas se constituyeron en un grupo de trabajo interuniversitario que continúa en actividad hasta el momento.

La fundamentación de la existencia de estas oficinas se encuentra en las siguientes necesidades detectadas:

- Necesidad de capacitación pedagógica de los docentes.
- Necesidad de utilizar criterios técnicos en la revisión permanente de los procesos de enseñanza-aprendizaje.

● Necesidades de consolidar una “filosofía común” entre todos los participantes del proceso enseñanza-aprendizaje (16-17).

A través de diversas sesiones de trabajo, los representantes de las oficinas de educación médica de las universidades chilenas, entre los que se cuentan los autores, han definido (18) sus funciones básicas como sigue:

1. Asesoría técnica y perfeccionamiento docente.
 - Seleccionar y difundir información sobre educación médica al personal docente.
 - Asesorar en la planificación educacional de la facultad o escuela, en todas sus etapas y niveles.
 - Asesorar a docentes y directivos en materias específicas de educación médica.
 - Desarrollar programas de capacitación pedagógica.
 - Desarrollar programas de administración educacional.
2. Producción de materiales instruccionales.
 - Producir materiales audiovisuales.
 - Asesorar en la selección y el diseño de materiales instruccionales.
 - Asesorar en la adquisición y el manejo de materiales y equipos de instrucción.
 - Recibir, contratar o comprar servicios de unidades o instancias universitarias ajenas a la Oficina.
3. Orientar el proceso educativo mediante el apoyo psicopedagógico al alumnado.
 - Poner en práctica sistemas de tutoría.
 - Promover el uso de metodología de orientación vocacional.
 - Desarrollar métodos y técnicas de autoaprendizaje.
4. Investigación en educación médica.
 - Conducir y/o colaborar en investigaciones en las distintas instancias del proceso educativo.
 - Difundir y aplicar los resultados de la investigación en educación médica.

Los logros de las Oficinas de Educación Médica, tanto en Chile como en el extranjero, son comparativamente importantes y han sido objetos de numerosas publicaciones.

Oficinas técnicas de educación universitaria

Las funciones antes detalladas para las oficinas de educación médica, nos parecen de índole general y extrapolables a cualquier realidad docente universitaria, estimando que para el cumplimiento eficaz y eficiente de estas funciones, debe existir una estructura universitaria responsable de ellas.

La experiencia recogida hasta la fecha señala que las Oficinas Técnicas de Docencia Universitaria, deben ser organismos técnicos asesores directamente vinculados a la autoridad superior de la Facultad o Escuela respectiva, y que es recomendable que

su existencia esté avalada por un Decreto o Resolución de Rectoría que la legalize, tanto del punto de vista técnico como del administrativo (16,18).

Equipo de trabajo. Estimamos que para que una Oficina Técnica de Educación Universitaria pueda cumplir sus funciones debe contar con un equipo mínimo de trabajo constituido por:

1. Un académico del área profesional respectiva encargado de la dirección y coordinación de la Oficina. Este académico debe poseer los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para el desempeño de sus funciones.

2. Un especialista en pedagogía universitaria, con dedicación a educación en el área profesional correspondiente.

3. Académicos de tiempo parcial asignado para comisiones o grupos de trabajos específicos.

4. Personal técnico necesario para el desarrollo de actividades de producción, mantenimiento y manejo de medios y materiales de instrucción.

5. Personal de secretaría calificado.

Estructura y funciones. Las funciones de las oficinas técnicas de educación universitaria serían las mismas antes especificadas para las oficinas de educación médica, las que pueden ser entregadas a tres grandes secciones:

1. Una sección propiamente académica relacionada con la capacitación de los docentes y con los aspectos técnicos del proceso de enseñanza-aprendizaje.

2. Una sección de producción, mantenimiento y manejo de medios y materiales de instrucción.

3. Una sección de investigación aplicada al perfeccionamiento del proceso docente.

En relación con la estructura, se sugiere una igual o similar a la que se incluye en la figura 1.

La experiencia ha demostrado la conveniencia de mantener relaciones con otras oficinas de docencia universitaria, tanto para el desarrollo de sus integrantes como para el de la oficina misma.

Dirección. Dada la trascendencia de la función directiva para el desarrollo de una oficina técnica de educación universitaria eficaz y eficiente, hemos estimado conveniente sintetizar las cualidades deseables que debería poseer el director de esta oficina:

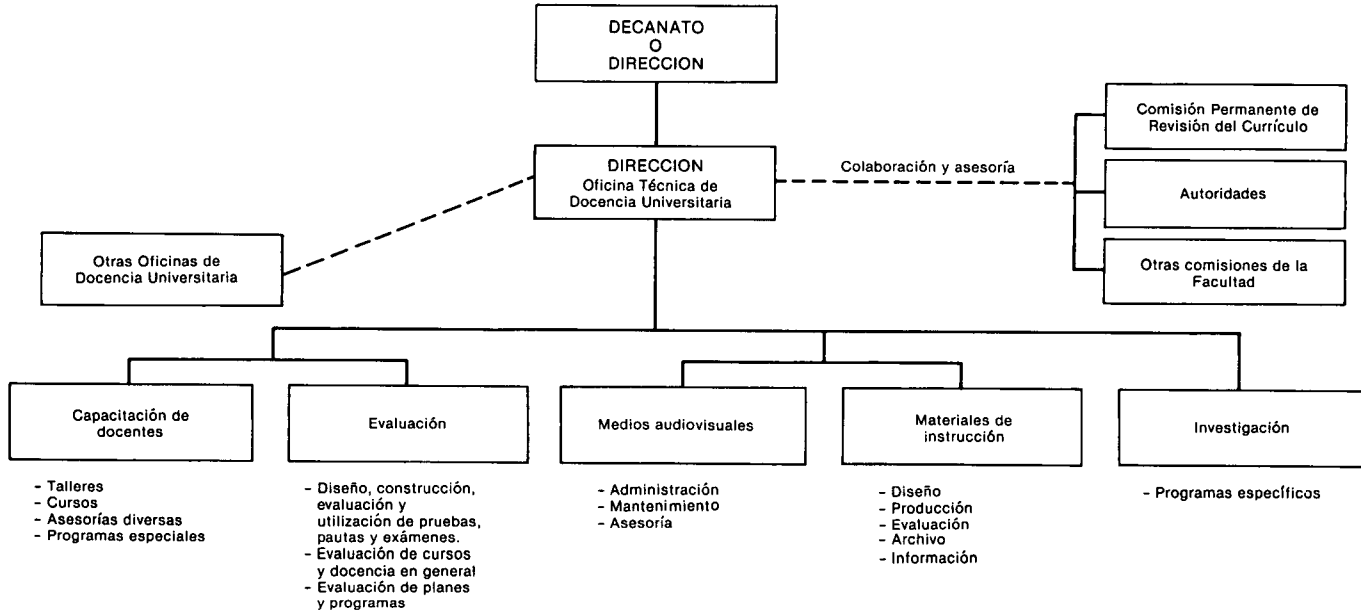
1. Conocimientos y habilidades en:

- Programación
- Comunicación interpersonal
- Evaluación
- Estrategias docentes
- Medios audiovisuales
- Materiales de enseñanza
- Investigación científica

2. Actitudes compatibles con las estrategias y funciones que debe desarrollar y entre las cuales cabe señalar:

- Interesado en lo que hace
- Optimista y estimulante

Figura 1—Esquema de estructura para una Oficina Técnica de Educación Universitaria.



- Objetivo y responsable
 - Paciente, cortés y amistoso
 - Organizado y “planificado”
 - Flexible
 - Enfrenta y resuelve problemas
 - Anticipa necesidades
3. Dedicación horaria a la oficina:
- Deseable 22 horas/semana (media jornada). El resto de la jornada debería estar dedicada a funciones académicas en la misma facultad o escuela, para no correr el riesgo de desvincularse de la realidad docente específica de ella.

Estas cualidades deben permitir a los responsables de la oficina unir al cuerpo docente, con miras a desarrollar esa “filosofía común” a la que nos referíamos antes.

Estrategia para el desarrollo. Como estrategia para lograr esta influencia, las oficinas deben detectar necesidades y tratar de responder a ellas apareciendo como una estructura “útil” y que no adquiera el carácter de “inquisidora”.

Debe enfatizar su condición de organismo técnico asesor y de apoyo, *detectando los problemas y ofreciendo su colaboración técnica* para la solución de ellos.

La experiencia ha demostrado que cuando estas oficinas se constituyen en estructuras de poder y pierden el carácter de organismos técnicos asesores, crean resistencia y pierden la posibilidad de influir y determinar cambios de actitudes deseables en el seno de la Facultad o Escuela.

El logro de los objetivos propuestos es necesariamente lento; debe irse adecuando “proceso” y “lenguaje”. Dicho proceso requiere paciencia, ya que su influencia es al comienzo muy gradual, hasta que el número de personas convencida de los aportes y ventajas de la oficina, llega a constituir una “masa crítica” en la respectiva institución. En todo caso la oficina debe corresponder fundamentalmente a una “estructura de servicio”.

Consideraciones finales. La estructura propuesta puede ser aplicada a dos o más niveles, por ejemplo: a nivel de la universidad, o a nivel sectorial de la facultad o la escuela.

Desde el punto de vista de la función de asesoría académica e investigación, la localización sectorial tiene evidentes ventajas. Lo mismo vale para la producción de materiales de instrucción en sus niveles más simples; en cambio, la producción y administración de materiales muy complejos y caros pudieran ser más eficiente y económicamente manejados en un nivel central, que preste sus servicios a varias oficinas sectoriales.

Creemos que la estructura propuesta puede contribuir eficazmente a un desarrollo progresivo de la docencia universitaria, permitiendo un mejor aprovechamiento de los esfuerzos habitualmente aislados y no enmarcados dentro un un plan de investigación y desarrollo, que mantenga la real excelencia de la docencia universitaria.

REFERENCIAS

(1) Himmel, E., J. Millán, E. Guzmán, y S. Maltés. Informe del Taller Académico sobre Evaluación de la Docencia Universitaria Chilena como Formadora de Profesionales. Santiago, Chile, Consejo de Rectores, Universidades Chilenas. 1981.

- (2) Alessandri, H. R. Algunos comentarios sobre nuestra educación médica. *Rev Méd Chile* 109:459-466, 1981.
 - (3) Maddison, D. C. Hacia una nueva enseñanza de la medicina: el experimento de Newcastle. *Foro Mundial de la Salud* 1(1,2):156-162, 1980.
 - (4) Andrade, J. Marco conceptual de la educación médica en América Latina. *Educ Méd Salud* 12(1):1-19, 1978.
 - (5) García, J. C. *La educación médica en América Latina*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 255, 1972.
 - (6) Tercera Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina. Santiago, Chile, Secretaría General de la Conferencia (Ed.). 1962.
 - (7) Education. The flight from science. *Brit Med J* 280:1-2, 1980.
 - (8) Gage, N. L. (ed.). *The psychology of teaching methods*. Yearbook of the National Society for the study of Education. Chicago, The University of Chicago Press, 1976.
 - (9) Engel, G. L. Biomedicine 's failures to achieve Flexnerian standards of education. *J Med Educ* 53:387-392, 1978.
 - (10) Organización Panamericana de la Salud. *Educación continua. Guía para la organización de programas de educación continua para el personal de salud*. Washington, D.C. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 29, 1978.
 - (11) Mateluna, E. Antecedentes sobre la enseñanza de medicina. Tercer Seminario de Formación Profesional Médica. Santiago, Chile, 1977.
 - (12) Prentice, E. D. R. y W. K. A. Metcalt. Teaching workshop for medical educators. *J Med Educ* 49:1034, 1974.
 - (13) Stritter, F. T. y J. H. Hain. A workshop in clinical teaching. *J Med Educ* 52:155-157, 1977.
 - (14) Castle, W. B. Physician as scientist: preparation, performance and prospects. *J Med Educ* 51:39-45, 1976.
 - (15) Miller, G. Formación del Profesor de Medicina. *Cuadernos Médicos-Sociales* 1:12, 1966.
 - (16) Cristoffanini, A. P. Tendencias actuales en educación médica. Valdivia, Chile, Universidad Austral de Chile, 1981.
 - (17) Maddison, D. C. What's wrong with medical education? *J Med Educ* 12:97, 1978.
 - (18) Oficinas de Educación Médica de Chile. Acta del 6 de julio de 1981 de la Reunión bimensual conjunta (mimeografiado).
-

Noticias

PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO EN SALUD INTERNACIONAL

La condición de salud de un país está determinada básicamente por el grado de su desarrollo económico y social. La atención de salud, así como su organización y personal, contribuyen a esa determinación, de ahí que cada país tenga una situación especial y una dinámica interna propia. Sin embargo, existen factores externos importantes que producen modificaciones en esa compleja organización, los cuales se pueden dar inclusive en un plano internacional.

Factores tales como el conocimiento científico y técnico, la colaboración financiera, la cooperación entre países, los convenios regionales, como también las situaciones comunes que afectan a la Región, constituyen elementos de naturaleza y alcance internacional.

Varios organismos interactúan en este contexto internacional. Su número ha aumentado en las últimas décadas debido a la constitución de los organismos especializados del sistema de Naciones Unidas, bancos internacionales de desarrollo, de las oficinas gubernamentales de asuntos internacionales, y de los pactos subregionales.

El campo de acción de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) no solo ha crecido sino que muestra una expansión en su definición, a pesar de la crisis económica mundial, generando una demanda de nuevos enfoques y aptitudes del personal a cargo de la administración del conocimiento, sobre todo en lo referente a la generación, desarrollo y diseminación del mismo. Asimismo, los países requieren personal con la capacidad de entender estos procesos y conocer las vías de obtener recursos que favorezcan el desarrollo del sector salud.

Por esta razón se justifica la especificidad formativa del recurso humano que actúa a ese nivel, al cual se destina la presente propuesta:

Se propone establecer en la OPS un Programa de Adiestramiento en Salud Internacional, de un año de duración, para profesionales recién graduados con maestría en salud pública o formación de posgrado equivalente, que se distingan por tener altas calificaciones e interés en seguir estudios avanzados y adquirir experiencia práctica en este campo.

El objetivo del Programa es capacitar a un grupo de profesionales destacados en el conocimiento del proceso de cooperación técnica de la Organización. No debe considerarse como una continuación de las materias propias de una maestría en salud pública, más bien es una experiencia que le permitirá al profesional organizar, utilizar y reparar críticamente su propio conocimiento científico-técnico adquirido previamente. Podrá así comprender mejor los problemas fundamentales de su país en materia de salud, y prepararse para establecer las formas más adecuadas de cooperación y desarrollo.

El participante se familiarizará con las políticas de salud adoptadas por los países en el plano de la cooperación internacional, las metas establecidas y lo que significan para la organización del sector salud. La oportunidad de actuar a un nivel interpaíses

le permitirá además establecer un grado adecuado de comparación entre las políticas internacionales y entender la dinámica de su desarrollo.

Se pretende que el participante conozca el tipo de recursos de colaboración disponibles tanto en los países como en organismos e instituciones de carácter internacional que participen con el aporte de recursos financieros para el sector salud.

El participante deberá conocer las diferentes posibilidades en el diseño, ejecución y evaluación de proyectos de cooperación técnica, llevando a la práctica este tipo de actividad en el área de trabajo o concentración que le corresponde actuar; además participará en las actividades que la OPS lleva a cabo en los países.

Este Programa constituirá, en el contexto de la cooperación técnica de la Organización, la integración "docente-asistencial" que se propugna en el desarrollo de recursos humanos en toda la Región.

Conceptualización del Programa

La Organización ha acumulado experiencia en fomentar el adiestramiento de funcionarios nacionales a través de su Programa de Becas y en la actividad de cooperación técnica con instituciones formadoras de personal y escuelas de salud pública en particular; esta experiencia, sumada al esfuerzo que representa el proceso de desarrollo de la salud, manejada a nivel de sus unidades técnicas, a nivel de los Países Miembros y en los centros panamericanos. Esto ha llevado a la OPS, en repetidas ocasiones, a la consideración de compartir con jóvenes profesionales—en una fase de perfeccionamiento avanzado—el conocimiento y los procesos que tiene bajo su administración.

Como organismo de cooperación técnica, la OPS se autoestablece como un campo de adiestramiento en los límites que le da la especificidad de la administración del conocimiento en esta área, y la potencialidad de la participación capacitante en su contexto.

Se pretende asociar el bagaje teórico de conocimientos de la maestría en salud pública con la vivencia práctica de este conocimiento y aplicarlos a la experiencia concreta de los países.

La condición de tener una maestría para ingresar al Programa ubica al candidato a un mismo nivel que los consultores regulares de la OPS, con la única diferencia de que los que se incorporan a este nuevo Programa no tendrían una larga práctica profesional, dada su condición de recién egresado de un posgrado de salud pública.

La corta experiencia profesional, al mismo tiempo que representa una deficiencia, tiene la ventaja de que evita que la persona ya esté aferrada a rutinas y procedimientos que a veces se mantienen por tradición y bloquean el desarrollo de nuevos enfoques y soluciones más apropiados a los problemas de salud. Los participantes de este Programa estarían ubicados en un espacio de transición entre la práctica establecida y la innovación. Estarían, en último análisis, directamente involucrados en el propio proceso de transformación de la práctica en salud.

En la orientación del programa obviamente se dará prioridad a los componentes estratégicos de la meta de salud para todos, con énfasis en la atención primaria, la

articulación intersectorial, la cooperación técnica entre países en desarrollo y todo el proceso administrativo del desarrollo de la salud a nivel nacional.

Todo esto se complementaría con una amplia orientación sobre el sistema de cooperación internacional, incluidos sus componentes multilaterales y bilaterales, las instituciones de crédito y demás mecanismos de apoyo al desarrollo socioeconómico de los países.

En el contexto de la propia Organización se incluiría orientación general en todas las áreas programáticas, seguida de la concentración en un campo de trabajo seleccionado que se complementaría con el trabajo a nivel de un país.

El Programa terminaría con la participación del candidato como observador en una reunión del Consejo Directivo de la Organización, lo que le permitiría percibir el nivel político de interacción entre los gobiernos, en el cual se establecen los mandatos que rigen la acción internacional en salud.

Debido a la multitud de aspectos involucrados en un programa de esta naturaleza se dificulta una coordinación adecuada y se propicia un cierto grado de dispersión. Por esta razón las actividades del participante se han delimitado en dos tipos:

Actividades internas

- Eje de orientación

Bajo la coordinación del Programa de Personal de Salud, se desarrollará durante todo el año un seminario semanal de dos horas de duración a cargo de los participantes, del personal de la Oficina y de invitados. Este seminario incluirá discusiones sobre el marco de referencia en el que actúa la OPS, los antecedentes de su formación, su organización y funcionamiento; además, se analizará el trabajo que desarrollan otros organismos internacionales. Se utilizará esta actividad para revisar el progreso que el candidato ha ido alcanzando en el Programa.

El participante asistirá también a reuniones internas de interés en su campo, así como a reuniones del Comité Ejecutivo, del Comité Regional Asesor de la OPS sobre Investigaciones en Salud y del Consejo Directivo, con lo cual finalizará su participación en este Programa.

- Area específica de concentración

De acuerdo con los intereses del participante y las posibilidades de los programas, la persona será asignada a una unidad en la cual desarrollará su trabajo, en lo posible tratando de participar en todo el proceso de formulación, ejecución y evaluación durante el año de adiestramiento. Además, en lo posible, deberá coordinar sus acciones con otros programas de la Oficina; esta actividad comprende la realización de trabajos en uno o más de los Países Miembros.

Actividades externas

- Programas académicos

El participante podrá tomar parte en cursos universitarios de su interés, siempre que los mismos no afecten su período normal de trabajo. Esta actividad es optativa y se están iniciando contactos a fin de sistematizar las posibilidades a las cuales pueden optar.

- Pasantías en organismos internacionales

La presencia de varios de estos organismos en Washington, D.C., brinda la posibilidad de conocer su funcionamiento y los programas que desarrollan en los países de las Américas. La permanencia del participante en alguno de ellos por un cierto periodo le servirá en el futuro, al regreso a su país, para una adecuada orientación de la colaboración que se pueda obtener.

Aspectos operativos del Programa

La puesta en marcha de un programa de esta naturaleza tiene que estar ajustada a las normas de trabajo de la Organización y sujeta a una serie de esquemas operativos que se proponen a continuación.

El Programa de Adiestramiento en Salud Internacional incluye aprendizaje, investigación, desarrollo y apoyo operativo. Al individuo participante se lo designará como "residente", y para los efectos administrativos de la oficina se le otorgará un "subsidio de especialización".

El residente recibirá una compensación total anual de US\$18.000 más un seguro de salud. El pago de la matrícula para cursos opcionales los hará la OPS, y en caso de viaje a algún país en misión recibirá los viáticos correspondientes. El Programa no incluye ningún otro beneficio ni compromiso contractual posterior.

Selección

El proceso de selección constituye uno de los aspectos más importantes para el éxito del Programa y está basado en prerequisites claramente definidos y en una exhaustiva exploración de las aptitudes de los candidatos. Este proceso de selección constituye una competencia internacional del más alto nivel, que concede a todos los participantes preseleccionados un reconocimiento especial.

Con la intención de que este Programa pueda representar un estímulo o premio a la formación académica y un reconocimiento de la excelencia académica de la institución educativa, se propone como primer prerequisite para la candidatura, *que el egresado haya obtenido un rendimiento académico sobresaliente en sus estudios de posgrado.*

Requisitos

- Educación: Maestría en salud pública o formación de posgrado equivalente; la experiencia en servicio, docencia o investigación es deseable.
- Edad: Límite de 35 años.
- Nacionalidad: Nacional de un país de las Américas, miembro de la OPS.
- Idioma: Conocer dos de los cuatro idiomas oficiales de la OPS (español, francés, inglés y portugués); de preferencia que uno de ellos sea el inglés.

Las solicitudes son personales y deberán ser dirigidas al Programa de Salud Internacional de la OPS y entregarse a la representación de la Organización en cada país.

Toda solicitud debe contener:

- *Curriculum vitae*, con pruebas de las calificaciones obtenidas.
- Una composición de 10 cuartillas como máximo, a doble espacio, donde el interesado explique las razones que lo llevan a participar en el Programa, su área o áreas de interés, y las posibilidades de aplicar su experiencia cuando regrese a su país de origen.
- Copia de uno de sus trabajos.
- La acreditación del conocimiento de los idiomas no maternos.
- Los nombres de tres profesionales de su campo que puedan dar referencias personales.

Además cada solicitante deberá entrevistarse con el representante local de la OPS o con un miembro designado del personal de la OPS en el país.

La fecha límite para recibir las solicitudes será el 31 de mayo de cada año.

Las solicitudes recibidas se someterán a una preselección por un comité nombrado por el Director. Esta preselección no obliga a la Organización a ningún compromiso de aceptación.

Para el período 1985-1986 han sido seleccionados los siguientes candidatos:

Mario Rovere	(Argentina)
Guillermo Troya	(Ecuador)
Pedro Brito	(Perú)
Rosa María Borrel	(República Dominicana)
Delia Sánchez	(Uruguay)
Mariela Licha Salomón	(Venezuela)

Coordinación y supervisión

El Programa estará bajo la coordinación del Programa de Personal de Salud y contará con un comité asesor que oriente sobre los aspectos técnicos y administrativos de la residencia, incluida la coordinación con los programas técnicos en los cuales el residente podrá participar.

La supervisión diaria estará a cargo de un funcionario de planta de nivel superior designado por un área técnica específica.

NUEVO DIRECTOR ADJUNTO DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

El Dr. Robert F. Knouss ha sido nombrado Director Adjunto de la Oficina Sanitaria Panamericana, cargo que ocupa desde el 1 de junio de 1985.

El Dr. Knouss, de nacionalidad estadounidense, obtuvo su licenciatura en ciencias en el Muhlenberg College de Allentown, Pennsylvania, y se graduó de médico en

la Facultad de Medicina de la Universidad de Pennsylvania, Filadelfia. La experiencia profesional del Dr. Knouss comenzó en 1968 en Puerto Cabezas, Nicaragua, donde participó en programas clínicos y de vacunación. En 1969, trabajó en el Departamento de Salud Pública de Filadelfia, en actividades de control de la tuberculosis. De 1971 a 1974, se desempeñó como Jefe Interino y Jefe de la Sección de Educación Médica, División Médica y de Educación de Profesiones de Salud de los Institutos Nacionales de Salud. Durante el período 1974-1978, fue Director de la División de Medicina de la Oficina de Recursos Humanos para la Salud. De 1978 a 1979, fue Director Adjunto de la Oficina de Recursos Humanos para la Salud, Administración de Recursos de Salud del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América. De 1979 a 1980, fue miembro del Personal Profesional del Comité de Trabajo y Recursos Humanos del Senado de los Estados Unidos de América. Desde 1981 hasta la fecha ha sido Director de la Oficina para la Salud del Refugiado en la Oficina del Secretario Asistente para la Salud del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América.

X CONFERENCIA PANAMERICANA DE EDUCACION MEDICA

LA X Conferencia Panamericana sobre Educación Médica se celebró en Bogotá, Colombia, del 25 al 28 de noviembre de 1984, bajo el auspicio de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) y la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina (FEPAFEM).

El tema central de la conferencia fue la innovación y calidad en la educación médica, y se presentaron los siguientes subtemas: impacto de los avances recientes de la ciencia y de la biología en la educación médica; nuevas tecnologías médicas y su efecto en la educación y prácticas médicas; organización, procedimientos y sistemas de información y su aplicación en investigación y en educación médica; nuevas orientaciones y perspectivas para el desarrollo de la educación médica en las Américas, y la cooperación internacional para el desarrollo de la educación médica.

Los temas y resultados de las discusiones planteadas serán publicados en un informe especial por FEPAFEM mediante un esfuerzo conjunto con ASCOFAME.

Para mayor información sobre la conferencia y las actividades de FEPAFEM, dirigirse a: Dr. Pablo A. Pulido M., Director Ejecutivo de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina, FEPAFEM, Carretera Vía El Hatillo, Centro Médico Docente La Trinidad, Edificio No. 2, Apartado 60411, Caracas 1060-A, Venezuela.

CURSO DE POSGRADO EN SALUD PUBLICA EN MEXICO

El Departamento de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, para responder a la necesidad de la Región de disponer de recursos humanos capacitados, ofrecerá un curso de posgrado en salud pública para profesionales nacionales y extranjeros. El curso, que comenzará el 23 de septiembre de 1985 y terminará el 8 de noviembre de 1986, además de capacitar al profesional en las actividades propias del sector

(promoción, prevención, curación, rehabilitación), se propone fomentar el trabajo en equipo de manera que el aspirante sirva de enlace en todos los niveles de atención, desde los más elementales hasta los más especializados. Asimismo aspira a prepararlo tanto para que pueda formar parte de los cuadros docentes de las instituciones de educación superior como para que aprendan a fomentar la educación en salud entre grupos no escolarizados.

Para mayor información, los interesados deben dirigirse a: Departamento de Salud Pública, Instituto de Ciencias de la Salud, Ernesto Ortiz Medina No. 3, Xalapa, Veracruz, México 91020.

CURSOS SOBRE TUBERCULOSIS

Los siguientes cursos de epidemiología y control de la tuberculosis, organizados por los gobiernos con la colaboración de la OPS, se ofrecerán en 1985: *México*: 5 de agosto-6 de septiembre, responsable: Dr. Calderón Jaimes (Director General de Medicina Preventiva), Masaryk 490, México 5, D.F. *Chile*: 5-31 de agosto, responsable: Dr. Edgardo Carrasco (Director Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica), Casilla de Correos 9634, Santiago. *Cuba*: 7 de octubre-1 de noviembre, responsable: Dr. Rodolfo Rodríguez Cruz (Director Departamento de Epidemiología), Ministerio de Salud, La Habana. *Argentina*: 10 de octubre-1 de noviembre, responsable: Dr. Eduardo Balestrino (Director Instituto Nacional de Epidemiología), Casilla de Correos 106, Santa Fe 3000. *Brasil*: 5 semanas, octubre-noviembre, responsable: Dr. Germano Gerhardt (Director División Nacional de Pneumología Sanitaria), Rua do Resende 128, Rio de Janeiro.

Se ofrecerán también los siguientes cursos de bacteriología de la tuberculosis para profesionales: *México*: 1-30 de agosto, responsable: Dr. Lamberto Blancarte, Laboratorio Referencia Nacional Tuberculosis, Lago Pátzcuaro 55, Col. Anáhuac, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F. 11320. *Canadá*: 5 de agosto-31 de septiembre, responsable: Dr. Adalbert Laszlo, Laboratory Centers for Disease Control (LCDC), Tunney's Pasture, Ottawa, Ontario K1A 0L2. (Fuente: OPS, *Boletín Epidemiológico*, Vol. 6, No. 1, 1985.)

PREMIO OMS DE EDUCACION EN ATENCION PRIMARIA

El Premio Organización Mundial de la Salud (OMS) para Educación en Atención Primaria de Salud, auspiciado también por la Fundación LISZ (LISZ Foundation Inc.), se entregará por primera vez en la 12a Conferencia Mundial de Educación en Salud que se celebrará en Dublin, Irlanda, del 1 al 6 de septiembre de 1985. El premio consiste en una placa conmemorativa y US\$5.000 que la institución o grupo honrado puede usar para promocionar actividades en este campo. Esta será una de las contribuciones más estimulantes e innovadoras que se haya hecho en los últimos años para fomentar la salud por medio de la educación y adiestramiento y la investigación, siempre en el contexto del enfoque de la atención primaria. Los criterios de selección se basarán en los principios de la Declaración de Alma Ata y

en la estrategia general de salud para todos en el año 2000. Un grupo de especialistas formado por personal de la OMS (Educación en Salud y Atención primaria) y de la Unión Internacional para la Educación en Salud estará a cargo del proceso de selección. En este premio se reconoce el concepto más amplio de atención como actividad preventiva en la cual la educación ocupa un sitio privilegiado.

CONGRESO SOBRE NEUMOLOGIA Y ENFERMEDADES DEL TORAX

El I Congreso Mundial de Neumología y Enfermedades del Tórax se celebrará en Lima del 30 de noviembre al 5 de diciembre de 1985. El Congreso tendrá el carácter de homenaje a la Sociedad Peruana de Fisiología, Neumología y Enfermedades del Tórax al cumplirse el cincuentenario de su fundación. Durante sus sesiones tendrán lugar las siguientes reuniones científicas: el I Encuentro Latinoamericano de Salud y Seguridad Social sobre Problemática de TBC, la Reunión Anual del American College of Chest Physicians capítulo Peruano-1985 y el VI Seminario Nacional de TBC. El temario oficial del Congreso es el siguiente:

Sesiones plenarias. Asma, inmunidad en enfermedades respiratorias, infecciones respiratorias y su manejo y patología intersticial pulmonar.

Simposios. Transplante cardíaco y pulmonar, enfermedades congénitas torácicas, docencia en neumología y cirugía torácica, avances en cirugía cardiovascular y torácica y nuevas técnicas en el DX de enfermedades respiratorias.

Foros. Antibioticoterapia, tratamiento del status asmático y terapia médica vs. cirugía en cáncer pulmonar.

Las personas interesadas deben dirigirse a: Domingo Casanova, Cdra. 25 Av. Arequipa, Lima, Perú.

Libros

PUBLICACIONES DE LA OPS Y DE LA OMS¹

Guías para la calidad del agua potable. Vol. 1. Recomendaciones. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica 481. Washington, D.C., 1985. 136 pp. Precio: US\$8,00. ISBN 92 75 31481 0.

Los gobiernos de los países de las Américas han venido participando en el Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental, 1981-1990, cuyo objetivo principal es mejorar la salud de la población. Teniendo en cuenta que el control de la calidad del agua es la clave para reducir los riesgos de enfermedades transmitidas por el agua, las instituciones de salud y de abastecimiento de agua han asumido la responsabilidad de establecer normas apropiadas sobre la calidad del agua. En 1984, con el fin de ayudar a los países en sus esfuerzos para mejorar la calidad del agua potable, la OMS publicó (en inglés) este Volumen I de las *Guías para la Calidad del Agua Potable—Recomendaciones*, que reemplazan a las *Normas Internacionales para el Agua Potable*, que se han venido aplicando desde 1971. Estas nuevas guías incluyen nuevas sustancias y contaminantes adicionales que han adquirido importancia en los últimos años, así como valores modificados de las normas de acuerdo con estudios y descubrimientos científicos recientes. Además, se publican como guías más que como normas internacionales para alentar a los países a utilizar el enfoque del riesgo-beneficio al establecer normas nacionales para el agua potable.

A causa de una mayor conciencia pública de los efectos que tienen en la salud los metales pesados y varios contaminantes orgánicos, así como la constante preocupación por la calidad bacteriológica, varios países latinoamericanos están revisando sus normas de agua potable. La mayoría de los demás países también están considerando la revisión o puesta al día de sus normas, o la redacción de otras nuevas. Estas actividades han provocado numerosas solicitudes a la Organización Panamericana de la Salud de información, que ahora se presenta en estas *Guías*. La OPS alienta y promueve la revisión y puesta al día de las normas nacionales de agua potable y colabora con los países de la Región en programas encaminados a mejorar la calidad del agua potable. Como parte de ese esfuerzo, la OPS está llevando a cabo una serie de talleres para la introducción y aplicación de las nuevas *Guías* de la OMS.

¹Estas publicaciones se pueden adquirir al precio indicado, si se solicitan al Servicio de Distribución y Venta, Organización Panamericana de la Salud, 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, o a la sede de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, Suiza, según corresponda. En Sudamérica pueden ser adquiridas a través del Centro Latinoamericano de Información en Ciencias de la Salud de la OPS, Rua Botucatu 862, São Paulo, S.P., Brasil.

La publicación de esta edición en español del Volumen 1 de las *Guías* acelerará el proceso de transferencia de la información y los descubrimientos recientes. La obra será especialmente útil para la población y para las instituciones encargadas de establecer normas para la calidad del agua potable en los países de América Latina. Sin duda también resultará de utilidad como documento de referencia constante y fuente de información para ingenieros sanitarios, químicos hidráulicos y biólogos, trabajadores profesionales de salud y para todos los interesados en mejorar la calidad del agua potable.

En este volumen se indican valores para diversos componentes del agua potable. El Volumen 2 de las *Guías para la calidad del agua potable* contiene monografías sobre criterios acerca de cada sustancia o contaminante, que sirvieron como base para establecer los valores. El Volumen 3 tiene un propósito muy diferente: incluye recomendaciones e información en relación con lo que es preciso hacer en comunidades pequeñas y en zonas rurales para asegurar el abastecimiento de agua inocua. Ambos volúmenes aparecerán próximamente.

Se pretende que estas guías reemplacen a las Normas Europeas para el Agua Potable (1) y a las *Normas Internacionales para el Agua Potable* (2), que existen desde hace más de un decenio. Si bien no se ignora que en algunos países tal vez no sea posible suministrar agua potable que cumpla con todos los requisitos incluidos en este volumen, se espera que cada país, en un esfuerzo por proteger la salud pública, trate de elaborar normas de calidad de agua que se aproximen tanto como sea posible a los valores aquí recomendados.

La preparación de estas *Guías para la calidad del agua potable* abarcó un período de tres años y, en ese lapso, se ha obtenido nueva información científica; no obstante, esta no modifica en forma significativa los valores guía propuestos, aun cuando es posible que a medida que se cuente con nuevos datos, algunos de ellos se revisen oportunamente.

La labor realizada bajo los auspicios del Programa Internacional de Seguridad de las Sustancias Químicas (PISSQ) contribuirá considerablemente a la actualización futura de estos valores. El programa es un esfuerzo conjunto del Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS); dos de sus objetivos fundamentales son la evaluación de los efectos de las sustancias químicas sobre la salud del hombre y la calidad del medio, y la elaboración de guías sobre límites de exposición (tales como ingestas diarias admisibles y concentraciones máximas permisibles o convenientes en el aire, el agua, los alimentos y el ambiente de trabajo) a diversas clases de sustancias químicas, incluidos los aditivos alimentarios, sustancias químicas de uso industrial, sustancias tóxicas de origen natural, materiales plásticos, materiales para empacar y plaguicidas. (Título de la edición en inglés: *Guidelines for Drinking-Water Quality—Vol. 1. Recommendations.*)

Aumento de la capacidad operativa de los servicios de salud con vistas al logro de la meta de salud para todos en el año 2000. Discusiones Técnicas de la XXX Reunión del Consejo Directivo de la OPS. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica 482. Washington, D.C., 1985. 45 pp. Precio: US\$6,00. ISBN 92 75 31482 9.

El título del libro corresponde a las Discusiones Técnicas de 1984. En el volumen se definen cuatro líneas de acción estratégica: la fuerza de trabajo sectorial, el desarrollo tecnológico en salud, el financiamiento y los costos de los servicios, y la organización, la gerencia y la participación comunitaria en la producción de servicios. A continuación se desarrollan de manera sintética las propuestas de trabajo y las medidas que se deben tomar.

Como primera medida se propone el análisis de la capacidad operativa de los servicios desde las perspectivas de los establecimientos, de las instituciones y de los niveles político-decisionales nacionales. En el análisis se habrán de tener en cuenta las necesidades específicas de la población y las modalidades que esta utiliza para el cuidado de su salud. Esta propuesta requiere un mayor desarrollo de las técnicas de análisis epidemiológico y de planificación empleadas en la Región. En primer lugar, para conocer la distribución de los problemas de salud entre los grupos sociales; en segundo, para entender mejor la evolución histórica, la diversificación institucional y la estratificación social existente en la asignación de los servicios del sector salud.

En la publicación se expresa que a pesar de las dificultades metodológicas, se puede verificar que la capacidad operativa de los servicios de salud en la Región ha mejorado históricamente, pero sigue siendo baja en comparación con los países desarrollados. Esta deficiencia constituye un factor adicional de discriminación en contra de los grupos humanos postergados, por lo cual su mejoramiento es un paso importante para obtener una mayor equidad social en las Américas.

Más adelante se examina la baja capacidad operativa de los servicios, que tiene su origen en dos tipos bien definidos de determinantes: de un lado están el desarrollo económico y la dinámica poblacional, y del otro, las funciones del Estado y del subsector privado y el proceso político sectorial. Tales condicionantes tienden a conformar escenarios hostiles al aumento de la capacidad operativa de los servicios en el futuro cercano, lo cual es particularmente grave debido a que el sector salud poco puede hacer para contrarrestar esas tendencias. Como elementos de equilibrio se descubren otros factores que sí responden a la acción sectorial y, según se indica en el libro que reseñamos, en ellos se deberán concentrar los esfuerzos para mejorar el funcionamiento de los servicios. Por tanto, las estrategias que se proponen se refieren al personal y al desarrollo tecnológico sectorial, así como al financiamiento y a la organización, la gerencia y la participación en la producción de los servicios.

Se indica que el objetivo primordial de la estrategia será examinar los aspectos relacionados con el empleo y la utilización del personal de salud, que han sido relativamente menos atendidos que aquellos vinculados con su capacitación y adiestramiento. En cuanto a la tecnología sectorial, se sugiere la búsqueda de un equilibrio más apropiado a las realidades de los países en términos de financiamiento, personal disponible y niveles de atención, además del fomento de la producción tecnológica y de la cooperación entre países en el campo de la salud.

En relación con el financiamiento, se recomienda prestar atención a las implicaciones distributivas de la formación y de la asignación del presupuesto sectorial, así como a la regulación económica de la producción de servicios. Finalmente, se propone el desarrollo de la coordinación sectorial y de métodos gerenciales apropiados a contextos de pluralismo institucional, el avance de la descentralización decisoria y una mayor participación social en el sector. Se reconoce que, más que un cambio

de tipo técnico-administrativo, lo que requiere el aumento de la capacidad operativa de los servicios es la evolución política del sector, la cual depende, en gran parte, del desarrollo del proceso político general de los países. (Título de la edición en inglés: *Increasing the Operational Capacity of the Health Services for the Attainment of the Goal of Health for All by the Year 2000*).

Marco de referencia para el desarrollo de la educación médica en la América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica 483. Washington, D.C., 1984. 66 pp. Precio: US\$6,00. ISBN 92 75 31483 7.

De 1945 a 1955 se organizaron en América Latina 12 nuevas instituciones de enseñanza médica y en el decenio siguiente se crearon otras 50 nuevas escuelas. Sin embargo, a partir de 1965 la situación se ha tornado más aguda, dada la presión ejercida por un número cada vez más elevado de postulantes interesados en dedicarse a la medicina, profesión de reconocida influencia en el ascenso social. En un esfuerzo por desarrollar requisitos mínimos para la creación de escuelas de medicina, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) llevó a cabo dos reuniones, que patrocinó junto con la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina (FEPAFEM):

- La primera Reunión sobre Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en la América Latina y el Caribe (Caracas, Venezuela, 12-22 de enero de 1976).

- La Reunión del Grupo de Trabajo sobre Requisitos Mínimos para la Creación de Escuelas de Medicina (Salvador, Bahía, Brasil, 4-9 de diciembre de 1977).

En esta publicación se reúnen documentos básicos de discusión de dichas reuniones y las conclusiones y recomendaciones de los grupos, teniendo en cuenta la vigencia que los mismos tienen a pesar del tiempo transcurrido desde la celebración de dichas reuniones.

Los documentos son reveladores de la atención que la OPS ha dedicado al problema de la expansión acelerada del número de instituciones docentes, que se están creando en varios países de la Región, a veces sin obedecer a patrones mínimos de funcionamiento y, a veces, no articulados con los planes de desarrollo, tanto del sector salud como del de educación, en cuanto a las demandas específicas de formación en cada profesión.

En el pasado, y más que nada entre 1950 y 1960, se registró una intensa preocupación por el problema. Fueron varias las oportunidades de analizarlo desde todos los ángulos y de proponer normas para el establecimiento de escuelas que garantizaran su calidad. Estos criterios, en el caso de la medicina, fueron establecidos primero por la Organización Mundial de la Salud (OMS), a partir de 1955, y después directamente por varios países latinoamericanos, en las reuniones citadas que han contado con el apoyo de la OPS. Para entonces, se trataba de establecer patrones de orientación en el proceso de desarrollo del período posterior a la Segunda Guerra Mundial, cuando ya se observaba una creciente preocupación por establecer nuevas escuelas.

Las recomendaciones para lograr el perfeccionamiento de la formación médica tienen en cuenta los factores culturales y económicos de la región. En ella esta forma-

ción ha sido predominantemente una responsabilidad de los gobiernos a través de las universidades del Estado y esto se relaciona con el principio tradicional de la autonomía universitaria que, se señala, no deberá constituir un obstáculo para que las universidades participen fructíferamente en la responsabilidad de definir las políticas de salud y de recursos humanos y adquieran el compromiso de contribuir a su cumplimiento siempre que “se respete el derecho y la obligación de las instituciones de educación superior de hacer un análisis crítico, constructivo e independiente, objetivo y científico de la realidad...”

En el volumen se reconoce la dificultad de establecer comparaciones y equivalencias de programas pero esta misma variedad resulta en un acervo que debe comunicarse a los países para que ellos se beneficien con esta información.

Formación de profesores y administradores de enfermería, con especial referencia a la atención primaria de salud. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos No. 708, 1984. ISBN 92 4 320708 3. 64 págs. Precio: Fr.s.6.

Este informe examina las repercusiones en las enseñanzas de enfermería de los cambios que han experimentado los conceptos de atención de la salud desde 1974, cuando se convocó la reunión de un Comité de Expertos de la OMS en Enfermería y Salud de la Comunidad. La adopción por la Asamblea Mundial de la Salud en 1977 del objetivo de “salud para todos en el año 2000”, la Declaración de Alma-Ata (1978), postulando el enfoque de atención primaria de salud como elemento clave para la consecución de esa meta y la Estrategia mundial de la OMS de salud para todos (1981) han ejercido profundos efectos sobre el fomento y desarrollo de la atención de salud en los países. El procedimiento de atención primaria de salud abarcará el desarrollo de los servicios de salud de la comunidad, que, en gran parte, estarán a cargo de enfermeras. En consecuencia, se deberá dar una nueva orientación a la formación de enfermeras y por lo tanto al personal docente y administradores de enfermería, con el fin de preparar enfermeras diplomadas capacitadas para ejercer sus funciones en todos los niveles del sistema de salud.

El informe hace también referencia a la seria preocupación del Comité acerca de los resultados de una encuesta reciente de la OMS de los programas de formación de personal posbásica en 43 países. Estos resultados revelaron el abismo que separa los procedimientos inherentes al concepto de atención primaria de salud y los seguidos por la mayoría de los programas posbásicos, que ofrecían un adiestramiento que no estaba directamente relacionado con las principales necesidades sociales y de salud de los países. Otros temas abarcados por el informe son los factores que influyen en la reorientación de la enseñanza posbásica de enfermería, los aspectos que necesitan cambio y los factores en el proceso de cambio.

El Comité de Expertos reconoció que es indispensable la reorientación de la enseñanza posbásica de profesoras y administradoras de enfermería a los efectos de preparar personal de enfermería para la atención primaria de salud. Las recomendaciones concretas formuladas por el Comité fueron las siguientes: a) que se reorienta la enseñanza posbásica de enfermería en el contexto de políticas y planes nacionales globales de desarrollo de recursos humanos para la salud que reflejen la asignación y utilización racional y apropiada de todo el personal de conformidad con el enfoque de atención primaria de salud respecto a la salud para todos en el año

2000; b) que los programas posbásicos para profesoras y administradoras de enfermería se reorienten de suerte que el principio de salud para todos mediante la atención primaria de salud se convierta en el concepto unificador; c) que los programas educativos para enfermeras se establezcan sobre la base de perfiles profesionales, utilización de la comunidad, actividades de aprendizaje basadas en problemas, fomento del concepto de grupo de salud y se preocupen del desarrollo de la salud de la comunidad mediante el enfoque multisectorial; d) que se refuercen las instituciones y escuelas posbásicas mediante la provisión de los recursos financieros, humanos y materiales necesarios y el apoyo administrativo para proceder a la reorientación de los programas, y e) que la OMS preste apoyo a todos los Estados Miembros en su empeño por proporcionar al personal de enfermería de diversas categorías el adiestramiento adecuado en los componentes de la atención primaria de salud y en la gestión de programas de prestación de servicios de atención primaria, así como en las investigaciones apropiadas de apoyo que le permitan participar en la aplicación de las estrategias nacionales dirigidas a alcanzar la salud para todos.

OTRAS PUBLICACIONES

Mackie, Robert, ed. *Literacy and Revolution. The Pedagogy of Paulo Freire*. Nueva York, Continuum, 1981.

Esta publicación es un compendio de varias opiniones sobre la filosofía y preceptos de Freire. A continuación se resumen estas opiniones en el orden en que aparecen en el volumen.

- *Introducción, por Robert Mackie.* Freire sostiene que el alfabetismo no puede examinarse separadamente de su contexto social; que la educación del adulto debe ir acompañada de la liberación humana en su más amplio sentido, es decir: de la atención de la salud, redistribución de la tierra, participación popular en el proceso de adquisición de poder político por los oprimidos y, en general, de la transformación radical del sistema social. Afirma que

"La alfabetización no supone la memorización de frases, palabras y sílabas, objetos inanimados desvinculados de un universo existencial, sino una actitud de creación y recreación, una autotransformación que genere asistencia de intervención en la controversia de uno mismo".

Reconoce que el lenguaje forma nuestras percepciones del mundo y nuestras intenciones frente a él, y al vincularlo con la política y la percepción, dice que las estructuras sociales y políticas impiden la humanización del alfabetismo y, por eso, fomenta el cambio social revolucionario cuando se refiere a la alfabetización y a la educación. La pedagogía de Freire consiste en unir la acción y la reflexión en lo que denomina praxis. A su modo de ver, la alfabetización y la educación son fabricaciones políticas.

- *Imperialismo, subdesarrollo y educación, por Clift Barnard.* Barnard cita a Robert Aznove en *Education and Political Participation in Rural Areas of Latin America*, en *Comparative Educations Review*, Vol. 17, No. 2, junio de 1973, p. 200:

"En América Latina, la educación y los sistemas sociales se han unido, históricamente, para denegar a los ciudadanos la competencia y la oportunidad de una participación significativa, medio fundamental para lograr el cambio social. Este es el resultado de la manipulación

consciente y útil del poder institucional existente... por las élites sociales a fin de mantener el status quo”.

Los asuntos clave en los escritos de Freire—como la opresión, el diálogo y la acción cultural—reflejan los conflictos en la condición humana. La finalidad de una buena pedagogía consiste en permitir al individuo que aumente el conocimiento de sus propias condiciones objetivas. Solo con este conocimiento los pueblos cambiarán el mundo, a medida que se vayan deshaciendo de la opresión en que han estado sumergidos.

Freire consideró impropio el sistema escolar (brasileño) y empezó a formar círculos de alfabetización ajenos a ese sistema. Afirmaba que la enseñanza oficial se orientaba hacia la aceptación del sistema existente, en lugar de movilizarse hacia lo que debía ser, es decir, domesticación, no liberación. Para pasar de una a otra, según Freire (*Education: The Practice of Freedom*, Londres, Writers and Readers Publishing Cooperative, 1976, p. 10), se requeriría un activo programa educativo a base del diálogo, interesado en la responsabilidad social y política y en condiciones de evitar el peligro de “masificación”.

En sus enseñanzas, Freire dice a los adultos que aunque se consideren despojados de la dignidad por su bajo nivel socioeconómico, en realidad están haciendo historia y cultura. Participan en la vida como sujetos, no como simples objetos de manipulación. Así, pues, el programa de alfabetización establecido por él se basó en el concepto antropológico de cultura y la diferencia entre “naturaleza”, que el hombre no produce, y “cultura”, creada y recreada por el ser humano. De esta manera, se hace ver a los analfabetos que su contribución a la historia y la cultura es tanta como la que aportan las personas alfabetizadas.

- *Metodología empleada por Freire para enseñar a personas analfabetas* (Citado en: Freire, *Education: The Practice of Freedom*, Londres, Writers and Readers Cooperative, 1976, p. 42.) Con el fin de estimular la discusión y una mayor conciencia de un aspecto diferente de la cultura y su influencia en la vida de las personas, se utilizan fotografías cifradas, cada una de las cuales introduce el concepto de cultura a las gentes. Se trata de fotografías simples y ordenadas en una serie de diez. Las diapositivas se proyectan primero al grupo: luego se pregunta a los participantes el nombre de todos los objetos que se ven en la fotografía (porque no están acostumbrados a las representaciones gráficas). A continuación, el coordinador dirige el debate sobre la distinción entre naturaleza y cultura y sobre la comprensión de que los individuos emplean materiales naturales para cambiar su situación a fin de crear cultura. Seguidamente, el coordinador presenta otras situaciones sobre otros aspectos de la cultura. La última diapositiva permite al grupo desarrollar una conciencia crítica para analizarse y reflexionar sobre su propia actividad. Freire vincula estrechamente la alfabetización y la educación con el proceso de “crear conciencia”. Además afirma que el proceso de la educación nunca es neutral; las personas se educan para la domesticación o la liberación.

- *Freire, la praxis y la educación*, por Reginald Connolly. La formación de una conciencia no ocurre de manera automática sino que procede de un esfuerzo educativo decisivo, basado en condiciones históricas favorables. El “oprimido”, no como receptor sino como sujeto conocedor, adquiere una conciencia cada vez más profunda de la realidad sociocultural que moldea su vida y su capacidad para transformarla.

“La formación de conciencia trata de despertar una conciencia crítica, cuyo resultado es la identificación y denominación de los males de la sociedad que constituyen las circunstancias opresivas”.

Freire distingue entre la solución y el planteamiento de problemas. Si bien en el primer caso se presentan a los alumnos problemas aislados seleccionados por el instructor, con soluciones más a menudo preparadas de antemano, en el segundo se reconoce la coexistencia de numerosos problemas para los que raramente son posibles las soluciones espontáneas. Con frecuencia no se resuelven los problemas. Freire cree que la solución de problemas desfigura la totalidad de la experiencia humana al reducirla a las dimensiones susceptibles al tratamiento.

Freire ha inventado el famoso concepto de la educación con el procedimiento bancario en el que la educación o la instrucción son actos de depósito, es decir, en los que los alumnos son los depositarios y el maestro el depositante. El diálogo es lo contrario del proceso bancario. Simultáneamente al planteamiento de problemas debe haber una investigación temática que es la investigación de cómo piensa la gente. Es la manera de pensar presente cuando los oprimidos tratan de comprender juntos su realidad. Los maestros tienen fe y confían en su aptitud para actuar y reflexionar.

Existe una firme relación entre Freire y Marx en sus teorías de la epistemología—conocimiento—y su adquisición y transmisión. Freire alega que el conocimiento proviene de la reflexión sobre las acciones en las que participan sujetos activos cuando transforman su mundo natural y social (el conocimiento vinculado a la praxis. El propio Freire se apoya en los escritos de Erich Fromm: *Fear of Freedom* (1942); Karl Marx: *Concept of Man* (1961); *Socialist Humanism* (1965), y *The Heart of Man* (1966); así como en los de Albert Memmi y, hasta cierto punto, los de Frantz Fanon, Martin Buber, Jean-Paul Sartre y otros autores.

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 RENOVIACION 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 RECIENTES DE LA OPS

	Precio US\$
No. 490	Manual on Primary Eye Care. 68 pp. 1985. ISBN 92-75-11490-0 6.00
No. 489	La salud del adolescente y el joven en las Américas. 365 pp. 1985. ISBN 92-75-31489-6 10.00
No. 489	Health of Adolescents and Youths in the Americas. 1985. En prensa. ISBN 92-75-11489-7 10.00
No. 488	La salud de la mujer en las Américas. 180 pp. 1985. ISBN 92-75-31488-8 8.00
No. 488	Health of Women in the Americas. 174 pp. 1985. ISBN 92-75-11488-9 8.00
No. 487	Clasificación Internacional de Enfermedades Aplicada a Odontología y Estomatología. En prensa. 1985. ISBN 92-75-31487-X 8.00
No. 486	Dispositivos intrauterinos. 56 pp. 1985. ISBN 92-75-31486-1 6.00
No. 485	Certificados de vacunación requeridos y consejos de salud para los viajes internacionales, 1985. 90 pp. 1985. ISBN 92-75-31485-3 6.00
No. 484	Simposio Internacional sobre el Control de la Poliomiélitis. 462 pp. 1985. ISBN 92-75- 31484-5 10.00
No. 483	Marco de referencia para el desarrollo de la educación médica en la América Latina y el Caribe. 66 pp. 1985. ISBN 92-75-31483-7 6.00
No. 482	Aumento de la capacidad operativa de los servicios de salud con vistas al logro de la meta de salud para todos en el año 2000. Discusiones Técnicas de la XXX Reunión del Consejo Directivo de la OPS. 46 pp. 1985. ISBN 92-75-31482-9 6.00
No. 482	Increasing the Operational Capacity of the Health Services for the Attainment of the Goal of Health for All by the Year 2000. Technical Discussions of the XXX Meeting of the PAHO Directing Council. 44 pp. 1985. ISBN 92-75-11482-X 6.00
No. 481	Guías para la calidad del agua potable, Vol. 1—Recomendaciones. 148 pp. 1985. ISBN 92-75-31481-0 8.00
No. 480	Enfermedades ocupacionales—Una guía para su reconocimiento. En prensa. 1985. ISBN 92-75-31480-2 10.00
No. 479	VI International Conference on Mycoses. In press. 1985. ISBN 92-75-11479-X 8.00
No. 478	Snails Hosts of Schistosomiasis and Other Snail-transmitted Diseases in Tropical America: A Manual. 366 pp. 1985. ISBN 92-75-11478-1 12.00
No. 477	Simposio Internacional sobre Inmunización contra el Sarampión. En prensa. 1985. 10.00
No. 476	III Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial. 212 pp. 1984. ISBN 92-75- 11476-5 8.00
No. 476	III Inter-American Meeting on Animal Health at the Ministerial Level. 204 pp. 1984. ISBN 92-75-31476-4 8.00
No. 475	Las drogas, el conductor y la seguridad en el tránsito. 54 pp. 1984. ISBN 92-75-31475-6 4.00
No. 474	Elaboración y utilización de formularios de medicamentos. 60 pp. 1984. ISBN 92-75- 31474-8 4.00
No. 474	Development and Implementation of Drug Formularies. 52 pp. 1984. ISBN 92-75-11474-9 4.00
No. 473	La participación de la comunidad en la salud y el desarrollo en las Américas. 105 pp. 1984. ISBN 92-75-31473-X 8.00
No. 473	Community Participation in Health and Development in the Americas. 90 pp. 1984. ISBN 92-75-11473-0 8.00
No. 472	Inmunizaciones: información para la acción. 68 pp. 1984. ISBN 92-75-31472-1 6.00
No. 471	Epidemiología y control de la malaria transmitida por <i>Plasmodium falciparum</i> en las Amé- ricas. 52 pp. 1984. ISBN 92-75-31471-3 4.00
No. 471	Epidemiology and Control of <i>Falciparum malaria</i> in the Americas. 50 pp. 1984. ISBN 92-75- 11474-4 4.00
No. 470	Seguridad en la calidad en medicina nuclear. 85 pp. 1984. ISBN 92-75-31470 4.00
No. 469	Seguridad en la calidad en radiología de diagnóstico. 80 pp. 1984. ISBN 92-75-31469-1 4.00
No. 468	Criterios de salud ambiental—Radiofrecuencias y microondas. 144 pp. 1984. ISBN 92-75- 31468-3 8.00
No. 467	Criterios de salud ambiental No. 15—Esaño y compuestos del esaño. 113 pp. 1984. ISBN 92-75-31467-5 8.00
No. 466	Criterios de salud ambiental No. 14—Radiación ultravioleta. 115 pp. 1984. ISBN 92-75- 31466-7 8.00
No. 465	Quimioterapia da lepra para programas de controle. 42 pp. 1984. ISBN 92-75-71465-7 4.00
No. 464	La mujer, la salud y el desarrollo: una bibliografía anotada. 122 pp. 1984. ISBN 92-75- 31464-0 8.00
No. 464	Women, Health and Development: An Annotated Bibliography. 114 pp. 1984. ISBN 92- 75-11464-1 8.00
No. 463	Certificados de vacunación requeridos para los viajes internacionales y advertencias a los viajeros. 68 pp. 1984. ISBN 92-75-31463-2 6.00

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

<p>Antigua y Barbuda Argentina Bahamas Barbados Belice Bolivia Brasil Canadá Colombia</p>	<p>Costa Rica Cuba Chile Dominica Ecuador El Salvador Estados Unidos de América Grenada</p>	<p>Guatemala Guyana Haití Honduras Jamaica México Nicaragua Panamá Paraguay</p>	<p>Perú República Dominicana San Cristóbal y Nieves San Vicente y Granadinas Santa Lucía Suriname Trinidad y Tabago Uruguay Venezuela</p>
---	---	---	---

GOBIERNOS PARTICIPANTES

Francia Reino de los Países Bajos Reino Unido

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

<p>Director Dr. Carlyle Guerra de Macedo</p>	<p>Director Adjunto Dr. Robert F. Knouss</p>	<p>Subdirector Dr. Luis Carlos Ochoa Ochoa</p>
---	---	---

Oficina Central: 525 Twenty-third Street, N.W.,
Washington, D.C., 20037, E.U.A.

CONTENIDO

EDITORIAL: LA UNIVERSIDAD Y LA SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000—CARLYLE GUERRA DE MACEDO

MODELO PARA LA EVALUACION DEL PLAN DE ESTUDIOS DE LA CARRERA DE MEDICINA

LA ENSEÑANZA BASICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN EL CARIBE DE HABLA INGLESA

FUNCION METODOLOGICA DEL CONCEPTO DE SALUD EN LA EVALUACION DE LA META DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

LA INVESTIGACION EN ENFERMERIA COMO INSTRUMENTO DE CAMBIO EN LA PRACTICA Y EN LA FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

LA ETICA DE LA REMUNERACION MEDICA

RESIDENCIA MEDICA EN EL BRASIL: SITUACION ACTUAL Y PERSPECTIVAS

LAS OFICINAS TECNICAS DE EDUCACION UNIVERSITARIA

NOTICIAS

LIBROS

