

Volumen 24, No. 4
Octubre/diciembre 1990

Educación Médica y Salud

**DESARROLLO DE RECURSOS
HUMANOS EN SALUD:
EXPERIENCIAS EN LAS AMERICAS**

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

E EDUCACION MEDICA Y SALUD

Revista 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 ella se dan a conocer experiencias en el proceso de enseñanza-aprendizaje, resultados de investigaciones, documentos de trabajo e informes de reuniones de importancia para la formación de personal de salud.

La Organización Panamericana de la Salud publica también las series de **Publicaciones Científicas**, **Cuadernos Técnicos** y **Documentos Oficiales**, y otras publicaciones periódicas, incluyendo el **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, revista mensual y órgano principal de información científica y biomédica de la OPS y el **Bulletin of PAHO**, revista trimestral que contiene material seleccionado especialmente por su interés para los países de habla inglesa de la Región de las Américas.

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

ISSN 0013-1091

Ultimos números publicados:

Vol. 24, No. 2: Recursos humanos en salud: la próxima década. Parte II

Vol. 24, No. 3: Epidemiología: capacitación en los servicios de salud

Próximo número:

Vol. 25, No. 1: Fuerza de trabajo en salud: la experiencia de Brasil

Educación Médica y Salud

Volumen 24, No. 4
Octubre/diciembre 1990

329 **EXPLICACION NECESARIA**

ARTICULOS

330 **Capacitación en servicio en epidemiología: Redefinición de su marco referencial y metodológico.** *Luis Ruiz, Jorge Haddad y José Roberto Ferreira*

345 **Informe Final del Grupo de Consulta sobre Capacitación en Servicio en Epidemiología.**

363 **La formación del médico para acciones en los sistemas locales de salud.** *Humberto de Moraes Novaes*

379 **A interdisciplinaridade no ensino médico: três aspectos de análise.** *Dejano T. Sobral*

389 **Problems and Prospects for Pharmaceutical Education in the Americas.** *Henri R. Manasse, Jr.*

404 **Grupos operativos en educación para la salud: experiencia en el hospital "A. Zatti", Viedma, Argentina.** *Juan Carlos Paradiso*

412 **Evaluación de la corresponsabilidad profesional operativa.** *Enrique Aguirre Huacuja, Marta Foglia López, Oscar Fierro Ayala y José Gracia Ramírez*

424 **Experiencias y actitudes de estudiantes de medicina en relación con la psiquiatría.** *Claudio L. Eizirik, Paulo Belmonte de Abreu, Anahy D. F. da Fonseca, Lorena Caleffi, Denise Blaya Rocha, Ingrid Spier, Jaqueline Villa Boas e Silva, José Renato Hauck y Marina Netto*

RESEÑAS

440 **Encuentro Argentina-Brasil sobre desarrollo de recursos humanos en salud**

448 **Una experiencia de administración de programas de residencia médica**

452 **A rotatividade dos enfermeiros de um hospital-escola**

NOTICIAS

467 **IN MEMORIAM**

LIBROS

473 **INDICE DEL VOLUMEN 24 (1990)**

CONSEJO EDITORIAL DE *EDUCACION MEDICA Y SALUD*:

- Dr. José Roberto Ferreira, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS (Presidente)
- Dr. Jorge Haddad, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS (Secretario)
- Dr. Jean Pillet, Banco Mundial
- Dr. Carlos Martini, American Medical Association
- Dr. Manuel Bobenrieth, Programa de Información Científico-técnica en Salud, OPS
- Ing. Horst Otterstetter, Programa de Salud Ambiental, OPS

INFORMACION PARA LOS AUTORES

1. Los artículos enviados para publicación serán inéditos y así han de permanecer hasta su aparición en *Educación Médica y Salud*. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) se reserva todos los derechos de propiedad del material recibido.

2. Los originales se remitirán al Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, Organización Panamericana de la Salud, 525, 23rd Street, NW, Washington, DC, 20037, EUA.

3. Los artículos deberán tratar directa o indirectamente sobre temas de educación y adiestramiento de personal de salud en su concepto más amplio, especialmente los relacionados con planificación, desarrollo y evaluación de programas de enseñanza, nuevos métodos educacionales, investigación de educación médica y desarrollo de recursos humanos para la salud.

4. La OPS se reserva el derecho de aceptar o rechazar, de acuerdo a las recomendaciones del Consejo Editorial, los trabajos recibidos. También se reserva el derecho de realizar cualquier revisión editorial que estime necesaria, incluso la condensación u omisión de parte del texto, cuadros, ilustraciones y anexos.

5. Deberán incluirse los nombres del autor y de los coautores, el nombre de la institución a que pertenecen y la dirección postal del autor.

6. Cada artículo incluirá una introducción donde se explique la razón por la cual se ha llevado a cabo el trabajo y lo que se espera que aporte en el campo científico; conclusiones y recomendaciones, de ser pertinentes, **y terminará con un resumen que dé una idea precisa del contenido.**

7. La lista de referencias y la bibliografía se ajustarán a las normas seguidas en la revista: apellido del autor e iniciales del nombre; título del trabajo o del libro en su idioma original; nombre completo de la revista, de la casa editora, o de la institución; lugar de publicación (ciudad y país); y volumen, página y fecha de publicación. Las referencias deben aparecer en el texto por orden numérico consecutivo (números arábigos en paréntesis y subrayados), en el mismo orden en que se agrupan al final del trabajo.

8. El autor podrá solicitar gratis 10 ejemplares del número en que aparece su artículo.

EXPLICACION NECESARIA

El número anterior de "Educación Médica y Salud" (Vol. 24, No. 3) estuvo dedicado a tratar el tema *Epidemiología: Capacitación en los Servicios de Salud*. Sin embargo, distintas razones (principalmente falta de espacio y número excesivo de páginas) obligaron a fraccionar el contenido previsto impidiendo así la publicación de todo el material preparado para ese número.

En la Presentación del No. 3 (página 220) se indica que "El presente número de *Educación Médica y Salud* está dedicado a describir experiencias sobre capacitación en epidemiología, ejecutadas en el interior de los servicios de salud y orientadas a mejorar su práctica de la salud pública". En el cuarto párrafo de la misma página se señala que "Completan la serie artículos de posición de los Programas de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias y de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS". Y al final del mismo párrafo: "Se incluye, por último, el informe final de un reciente grupo de consulta regional sobre este tema".

Pero las razones expresadas arriba determinaron una modificación de esa decisión inicial, a consecuencia de la cual el No. 3 se integró con el relato de las experiencias nacionales (México, República Dominicana, Haití, Argentina, Cuba y Costa Rica), además de uno de los trabajos de posición anunciados en la Presentación mencionada.

En este No. 4 se publican los dos artículos que completan la serie y que no se incluyeron en el No. 3 por las razones indicadas; son ellos, el artículo *Capacitación en servicio en epidemiología* de L. Ruiz, J. Haddad y J. R. Ferreira, y el Informe Final del Grupo de Consulta sobre Capacitación en Servicio en Epidemiología; ambos aparecen como los artículos introductorios de este No. 4.

Rogamos a los lectores tomar nota de esta explicación.

Programa de Desarrollo de Recursos Humanos
Organización Panamericana de la Salud

CAPACITACION EN SERVICIO EN EPIDEMIOLOGIA: REDEFINICION DE SU MARCO REFERENCIAL Y METODOLOGICO

Luis Ruiz,¹ Jorge Haddad¹ y José Roberto Ferreira²

La educación permanente en general y la de los trabajadores de salud en particular, plantean en los diversos contextos dos problemas operativos. Si se considera que el conjunto de valores que animan un proceso de enseñanza-aprendizaje (marco conceptual) depende de los patrones de producción y de consumo de la sociedad de la que los actores con capacidad de decisión forman parte, los problemas críticos para su implantación radican en la consideración apropiada de los determinantes de la capacitación (marco referencial) y de las estrategias o metodologías empleadas con propósitos educativos (marco metodológico). En otras palabras, se requiere coherencia no solo entre el marco conceptual que sustenta la educación y la realidad social en la cual ocurre una práctica determinada, sino también entre estos y el *qué* y el *cómo* del proceso educativo, así como entre estos dos últimos.

En lo que concierne al proceso educativo permanente en epidemiología, se requiere por tanto un marco de valores compatible con las políticas nacionales en el área social incluyendo el de la salud, un conjunto coherente de contenidos que favorezca la óptima eficiencia y eficacia de la práctica de la salud pública en la misma realidad y metodologías educacionales apropiadas a los contenidos relevantes para alcanzar los objetivos y metas de los planes y programas correspondientes.

A pesar de la aparente lógica de las consideraciones previas, la experiencia muestra que los esfuerzos para capacitar en epidemiología a los trabajadores generales de salud no han alcanzado el impacto deseado. Es cierto que existen experiencias promisorias en este campo,

¹ Asesor Regional, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS.

² Coordinador, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS.

pero la tendencia a la excesiva teorización, el peso disciplinar en la definición de contenidos, el énfasis en los aspectos genéricos en desmedro de los particulares en la mayoría de los casos o en la orientación al control de patologías específicas en unos pocos, el cisma marcado entre la academia y la práctica, y la poca consideración de la realidad de los servicios de salud en los procesos de planificación de la enseñanza, han sido los principales limitantes para un mayor desarrollo de este campo de acción.

En los últimos años, el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la OPS ha renovado su esfuerzo en la promoción y apoyo a la educación permanente del personal de salud en la Región de las Américas (1-2), considerando el avance insuficiente hacia el logro de la meta de salud para todos (3) y reconociendo que el papel que desempeñan los recursos humanos en los diferentes niveles de decisión-acción son esenciales para un desarrollo más vigoroso de los procesos nacionales en el campo de la salud. La dinámica político-social que caracteriza actualmente a la Región y la fuerte tendencia a reorientar los sistemas de salud con base en el fortalecimiento y desarrollo de los sistemas locales (4) proporcionan nuevas dimensiones y las consiguientes exigencias a la formación y capacitación de recursos humanos.

Dentro de la perspectiva conceptual del modelo de trabajo propuesto por la OPS para reorientar la educación permanente del personal de salud (1), se esbozan a continuación los principales elementos referenciales y metodológicos que, a nuestro juicio, deberían caracterizar a la capacitación en servicio en epidemiología.

CONTEXTO DE TRABAJO

La crisis de la salud pública en la Región de las Américas, derivada de la crisis social y económica prevalente y del deficiente desarrollo de los sistemas públicos de salud, plantea grandes desafíos a los países en lo que se refiere a extensión de la cobertura de la prestación de servicios y a la provisión de servicios de calidad apropiada al tipo y severidad de las necesidades prioritarias de la población.

En la perspectiva regional, la estrategia de atención primaria de salud, asumida por los gobiernos del mundo en 1978 (3), y el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud (4) como la táctica operativa más importante de la estrategia anterior, aprobada para la Región de las Américas en 1988, constituyen los ingredientes más importantes de la política sectorial en el contexto de las políticas globales de desarrollo nacional. La monitoría y evaluación de las acciones realizadas en la última década, sin embargo, muestran que su impacto sobre

la situación de salud de los países es inferior al esperado para alcanzar la meta de salud para todos a fines del presente siglo (5-7).

En años recientes han emergido nuevas situaciones en la realidad social, económica y política de la Región. En lo general, y en un contexto de crisis, se aprecia un mayor crecimiento de los procesos de participación popular, el cual está aunado a la mayor conciencia política y a la corriente de democratización que se observan en los países de las Américas. Dentro del sector salud, en particular, la descentralización está cobrando auge con la decisión de los gobiernos de desarrollar y fortalecer los sistemas locales de salud como un medio para reorientar y transformar los sistemas nacionales de salud. Es claro que estos cambios, al favorecer una participación más activa de la propia comunidad, aumentan el control social y el pedido de cuentas por parte de la población en relación con la idoneidad y el costo-beneficio de las acciones de salud. Esto obliga a aumentar la capacidad resolutive del sistema de servicios, sobre todo en sus niveles más periféricos, y a hacer más adecuadas las prestaciones sociales a la población y al ambiente, en concordancia con la situación y tendencias de salud vigentes en cada realidad. Asimismo, tales sistemas locales deberán estar preparados para administrar no solo los recursos públicos, sino también aquellos provenientes de fuentes privadas y de la sociedad como un todo.

Por otro lado, continúa la transición histórica en los perfiles de salud de los países de modo tal que ha convertido a la Región en un espectro heterogéneo de realidades, como consecuencia de las diferencias en la situación de salud observadas entre subregiones, entre países y en el interior de un mismo país. Aunque el espectro anterior es casi un *continuum*, se observan tres grandes categorías de situaciones de salud contrastantes. Aquellas en que la mortalidad por enfermedades no transmisibles es baja y solo aumenta paulatinamente, la población es relativamente joven, con un alto índice de natalidad, baja esperanza de vida y una carga relativamente pesada de mortalidad infantil y de enfermedades transmisibles. Aquellas en que la proporción de defunciones por enfermedades no transmisibles se encuentra en un nivel intermedio y se incrementa con rapidez, el promedio de edad de la población aumenta a medida que disminuyen los índices de natalidad, se eleva la esperanza de vida y se controlan las causas de la mortalidad infantil y por enfermedades transmisibles. Y, por último, aquellas con mortalidad por enfermedades no transmisibles relativamente alta, esperanza de vida alta, índices de natalidad bajos y niveles bajos y estables de mortalidad infantil y de la causada por enfermedades transmisibles (5-8).

A ello se agrega el desarrollo de tecnología de alta complejidad, en su mayoría incorporada a los sistemas de salud de América

Latina y el Caribe por fuera de los esquemas débiles de planificación en salud, a lo que se asocia la hegemonía médica, recuperativa e individual que predominantemente caracteriza al pensamiento y las prácticas de salud en la Región.

En este contexto, la perentoriedad de mejorar el conocimiento de las necesidades e ideales de salud de la población, de darles prioridad en función de su costo-beneficio económico y sobre todo social, de definir mejor los grupos de riesgo, de aumentar la eficiencia en la utilización de los recursos disponibles así como la equidad de los servicios sociales, exige incrementar el concurso de los principios y métodos de la epidemiología en el intento de proporcionar "inteligencia" a los servicios de salud (9). El proceso de toma de decisiones puede beneficiarse grandemente con la capacidad del enfoque epidemiológico de generar preguntas y de buscar respuestas que conduzcan a la formulación de nuevas preguntas. Esto último caracteriza la sustancia esencialmente investigativa, en el sentido más amplio, de la epidemiología; la complejidad y magnitud de este ejercicio, que debe ser permanente, variarán con la naturaleza del objeto de estudio, el tipo y grado de estructuración de la pregunta fundamental o la dificultad de la metodología apropiada para enfrentarla.

SITUACION ACTUAL DE LA CAPACITACION EN SERVICIO EN EPIDEMIOLOGIA

A pesar de lo anterior, la formación de especialistas en epidemiología y la capacitación en epidemiología de los trabajadores generales de salud han sido poco vigorosas. Además, los limitados esfuerzos en este campo han girado en su mayoría alrededor de propuestas de educación regular o continua formuladas unilateralmente por los docentes, con énfasis en la teorización, dentro del marco de los principios y métodos de la disciplina, desvinculadas de los problemas que afectan la práctica de los servicios de salud e impregnadas de una fuerte crítica a los sistemas públicos. Más aún, la capacitación en servicio en epidemiología ha ignorado lo relativo a la prestación global de servicios a la población y al ambiente o la ha restringido a los aspectos operacionales de los programas de control de enfermedades específicas. A ello se agrega que la mayoría de los egresados de las instituciones formadoras de recursos no pasan necesariamente a formar parte de los sistemas de salud, los cuales, influidos por una fuerte mutación en el manejo del poder político, reposan su quehacer en cuadros de personal de alta rotatividad que en gran proporción están insuficientemente capacitados en la teoría y práctica de la salud pública.

Los criterios definidos a nivel regional con el apoyo de la OPS (10–12) han alcanzado una alta consistencia teórica en lo general, pero hace falta que dichos criterios logren la especificidad que requieren la naturaleza y complejidad diferencial de las funciones de los trabajadores de salud, en los contextos sociales, económicos y políticos de alto contraste que se observan en los países de América Latina y el Caribe (5–8).

Así, como resultado del proceso iniciado en el Seminario de Buenos Aires (1983) y consolidado en la Conferencia de Taxco (1987) se ha redefinido el campo de la práctica epidemiológica en los servicios en cuatro grandes actividades (10–12):

- estudios de situación de salud, sus tendencias y sus determinantes en diferentes grupos de población;
- vigilancia epidemiológica de enfermedades y otros problemas de salud agudos y crónicos;
- investigación causal y explicativa sobre problemas prioritarios de salud y
- evaluación del impacto en salud de los servicios y otras acciones sobre las personas, medio ambiente y condiciones de vida, y evaluación de tecnologías en función de su seguridad, costo e impacto.

Tales grupos de actividades pueden constituir importante referencia en la definición de los componentes de los programas de capacitación en servicio en epidemiología, y varios esfuerzos en los últimos años los han tomado en consideración, sobre todo a los dos primeros. No obstante, se precisa hacer hincapié en otros aspectos funcionales del sistema de servicios de salud, y tomar en cuenta la heterogeneidad de las situaciones sociales y de salud, la diferente naturaleza de las funciones de los trabajadores (funciones esencialmente epidemiológicas u otras funciones generales o específicas con componente epidemiológico), así como la diversa complejidad de las decisiones o acciones posibles de ser tomadas o ejecutadas, respectivamente, por ellos. Todos estos aspectos deberían considerarse en los futuros programas de capacitación.

IDENTIFICACION DE NECESIDADES DE APRENDIZAJE

En un contexto social, económico y político determinado, es importante la congruencia entre el modelo administrativo y el modelo de prestación de servicios del sistema de salud, y la idoneidad de este último respecto a la situación social y sanitaria prevalente. De esta congruencia e idoneidad cuali y cuantitativa y de la eficacia, eficiencia,

efectividad y equidad de las acciones de salud dependen la mayor o menor satisfacción de las necesidades de la población y el mayor o menor acercamiento hacia el logro de los ideales de salud de una sociedad determinada. Por esta razón, se propone que la planificación del proceso de enseñanza-aprendizaje *parta de la identificación y comprensión de los problemas funcionales de los servicios de salud*. Entre estos problemas se identificarían aquellos que *son susceptibles de mejoría o solución a través de la capacitación* y, entre estos, aquellos que *pueden ser influenciados favorablemente por la capacitación en epidemiología*.

La perspectiva anterior supone, en lo fundamental, problematización, para lo cual hay que llegar a un consenso sobre lo que se va a aceptar como problema y definir los ámbitos para identificar los problemas de acuerdo al énfasis o direccionalidad deseada del análisis. En la definición de las grandes categorías para identificar problemas funcionales de los servicios de salud, merecen consideración aquellas propuestas por Morris hace varios años al referirse a la interacción entre sistema de salud y población: necesidad, demanda, utilización y oferta (9).

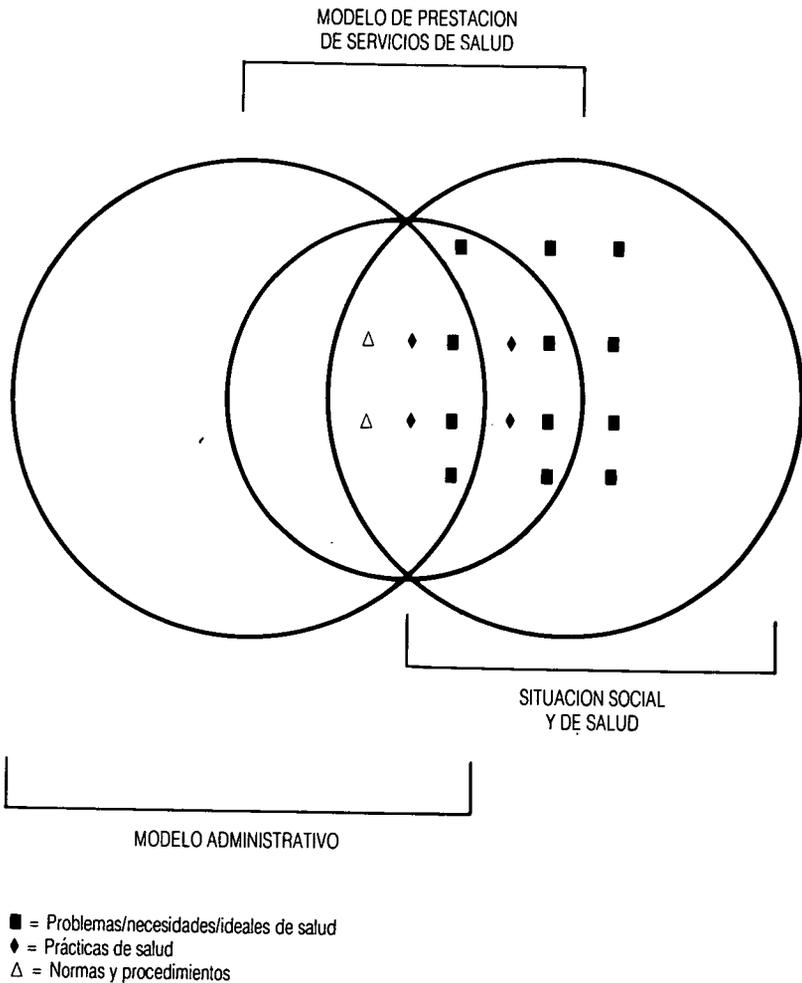
Más recientemente, Bradshaw (13) propuso una tipología de necesidades sociales que refuerza la proposición de dos de las cuatro categorías antes mencionadas. Dentro de la gran categoría de necesidad serían consideradas las necesidades "normativas", es decir aquellas definidas por expertos, las necesidades "sentidas", o sea aquellas percibidas por la población, y las necesidades "comparativas", esto es aquellas inferidas analógicamente como presentes en grupos de población de características similares a las de los grupos en que fueron definidas originalmente. El último tipo de Bradshaw, "la necesidad atendida", es la necesidad convertida en acción, y corresponde a una categoría especial que merece ser considerada por separado (incluida en la demanda en el esquema de Morris).

Las consideraciones anteriores son compatibles con los grandes grupos de actividades epidemiológicas sistematizadas en las reuniones de Buenos Aires, Caracas y Taxco (10-12), y tienen la ventaja de que incorporan una visión más amplia de las necesidades de salud y de que agregan las características del uso de los servicios por la población, así como la participación del componente formal del sector en la prestación de servicios.

Sin embargo, en un extremo, además de problemas y necesidades existen ideales de salud de la colectividad; en la interfase existen prácticas que reposan en el saber popular; y en el lado del sistema formal, supuestamente hay normas y procedimientos que gobiernan la propia prestación de servicios y procesos y mecanismos que vinculan, en el plano de la decisión, el conocimiento o información sobre el sujeto

de las intervenciones o acciones con las acciones mismas. Por todo ello es que se proponen tres grandes categorías para la identificación de problemas funcionales del sistema de servicios de salud: su contexto (situación social y de salud), el conjunto de prácticas al que contribuye (modelo de prestación de servicios de salud) y las normas, procedimientos y funciones que subyacen a su acción (modelo administrativo) (esquema 1). Entre los problemas identificados hay que segregar aquellos que no son determinados por falta de conocimiento (por ejemplo,

ESQUEMA 1. Aspectos funcionales del sistema de salud.



económicos) y, entre los relevantes al proceso capacitante en general, los que pueden ser influidos por los alcances teóricos o metodológicos de la epidemiología.

En suma, este enfoque permitiría darle especificidad e idoneidad a las orientaciones generales formuladas para el fortalecimiento de la práctica de la epidemiología, a través de la capacitación en servicio. En lo que se refiere a la *situación social y de salud*, habrá que tomar en cuenta la historia natural de las necesidades de salud prioritarias. La vigilancia epidemiológica debe ampliar su ámbito para poder incorporar diferentes expresiones de la salud, así como la monitoría de las mismas. Estas incluyen daños, exposiciones al riesgo, uso de tecnologías o consumo de productos tecnológicos, e indicadores positivos de la salud en las dimensiones individual y poblacional. La investigación causal debe comprender no solo la determinación social de la salud y de sus prácticas (14), sino también el análisis del ambiente interno y externo al sector salud con el propósito de identificar los factores que explican las variaciones en sus tendencias en beneficio de la construcción inferencial de futuros alternativos y, sobre todo, de la comprensión y anticipación del proceso decisorio. Debe incluir también la comprensión de situaciones de riesgo generadas extrasectorialmente a fin de promover la articulación necesaria para las intervenciones debidas.

En cuanto al *modelo de prestación de servicios de salud*, se debe preparar para el análisis del tipo de programas o acciones que se ofrecen a la población, así como de los resultados esperados en diferentes espacios y tiempos. La evaluación de las intervenciones en general debería tomar en cuenta, además de los aspectos de eficiencia, los relativos a la efectividad, impacto y equidad de las acciones, requiriéndose discriminar las intervenciones orientadas a individuos de aquellas de naturaleza esencialmente poblacional (15). Entre las dos vertientes anteriores, habrá que considerar el análisis de la cobertura real y la satisfacción y características de las personas que solicitan o reciben servicios.

Por último, pensando en el *modelo administrativo*, se deben incorporar los contenidos vinculados a la planificación, a la programación en los sistemas locales de salud y a la administración y gerencia de instituciones y programas. Se requiere por tanto generar la aptitud y actitud permanentes para generar, ofrecer, difundir, discutir y negociar productos epidemiológicos relevantes y oportunos. La programación no puede ser vista como un mero instrumento o proceso administrativo, sino como el mecanismo conciliador de las tres categorías propuestas. La evaluación de políticas (16) así como de definiciones, normas, procedimientos y resultados es un potente elemento racionalizador y validador de las decisiones operativas (17).

La consideración del uso de estas categorías en lo relativo a

la información permitiría incorporar en la ecuación la temporalidad para la generación de las informaciones epidemiológicas relevantes en función de sus necesidades de uso con propósitos de planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud.

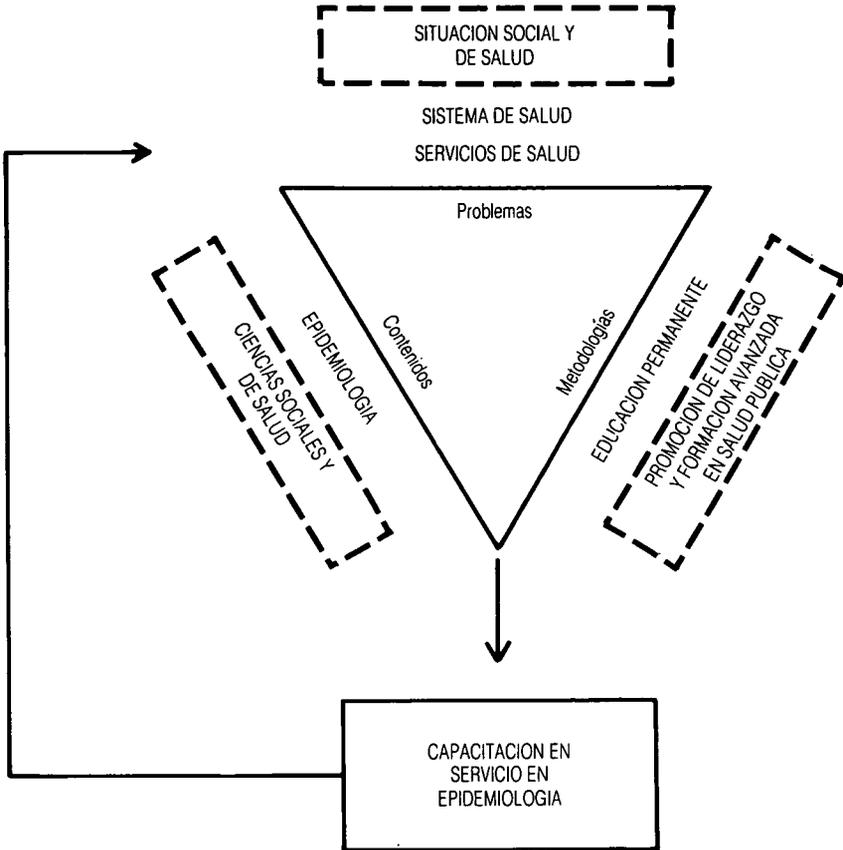
El peso relativo de los contenidos debe ajustarse en relación con el tipo de funciones del personal de salud (epidemiológicas o no) y al nivel de complejidad del sistema donde trabaja y al papel de liderazgo que desempeña.

CONSIDERACION DE OPCIONES Y FORMULACION DE ESTRATEGIAS

En el momento de tomar decisiones sobre el proceso educativo deberá tomarse en cuenta lo siguiente:

- La capacitación en epidemiología es concebida como “en y para el servicio”, es decir que no se piensa en los *servicios de salud* solo como un laboratorio de aprendizaje sino también, y sobre todo, como *el ámbito para la aplicación inmediata de los resultados de dicho aprendizaje*.
- La formulación de las propuestas de capacitación deberá provenir tanto de *profesionales del área de la docencia como de los servicios*.
- El elemento referencial más importante radica en los *problemas funcionales de los servicios*, de los cuales se infieren las necesidades de aprendizaje que pueden contribuir a su solución.
- Las propuestas educativas deben intentar la *conciliación de problemas, contenidos y métodos* durante todo el proceso (esquema 2).
- Las propuestas en discusión, en consecuencia, *deben estar orientadas* en lo fundamental a los *vacíos del conocimiento*, ya que se tienen pruebas de que muchas funciones epidemiológicas no se realizan no por falta de conocimiento, y por tanto no son solucionables por la capacitación, sino por obstáculos o dificultades que afectan la práctica de la epidemiología o de la salud pública en su conjunto.
- Dado que los usos de la epidemiología no se dan en forma aislada sino que deben interactuar armónicamente con las *funciones administrativas y programáticas específicas*, las necesidades en estas dos últimas áreas *deben ser también tomadas en cuenta en el proceso de formulación*.
- Considerando la heterogeneidad de las situaciones de salud inter-subregionales, interpaíses e intrapaís, los principios y métodos correspondientes *no deben ser enseñados en forma ge-*

ESQUEMA 2.



nérica en base a su posible aplicación a cualquier aspecto de la salud, sino en forma específica, apropiada a las necesidades o problemas prioritarios del contexto de trabajo.

- La capacitación en epidemiología se orienta a *incorporar la actitud, la racionalidad y el enfoque epidemiológicos* a los trabajadores generales de salud en el ejercicio de sus diferentes funciones; esto se aplica igualmente al especialista en epidemiología.
- Del mismo modo, *hay que ajustar las proposiciones educativas a la complejidad diferente de los varios niveles del sistema* en que trabajan los profesionales de salud.
- Hay que tener en cuenta que el *propósito de cada función epidemiológica expresa la utilidad e importancia de la misma*, así como

su cronología o frecuencia de uso en los servicios, todo lo cual es importante para tomar las decisiones educacionales correspondientes.

- Debe hacerse hincapié en la selección y capacitación de *los responsables o facilitadores del proceso educativo, que serán preferentemente trabajadores de los servicios*, con el apoyo y cooperación de los docentes y epidemiólogos de las universidades o centros de enseñanza.
- Por último, merece destacarse la necesidad de un enfoque estratégico global a todo el proceso, a fin de no reforzar acríticamente el "status quo" de los servicios en desmedro de las exigencias de una visión prospectiva que incorpore lo tendencial, lo que se desea alcanzar y lo ideal.

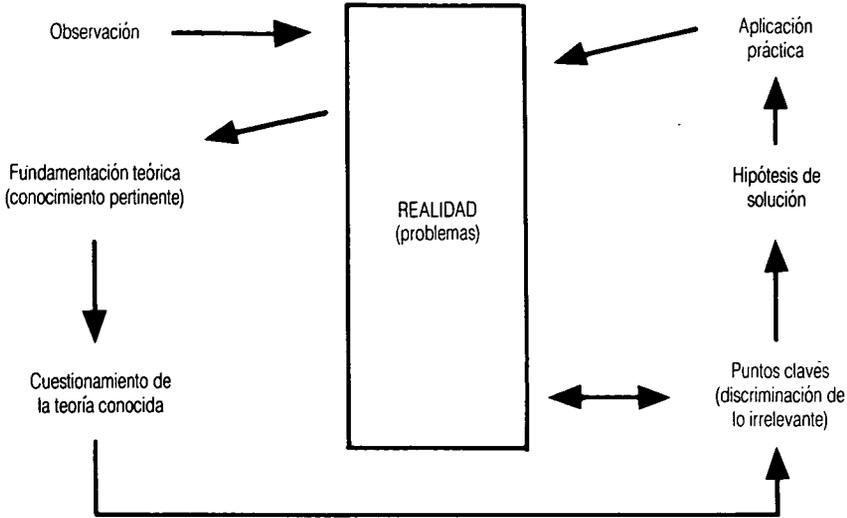
PROCESO EDUCATIVO

Los elementos de la sistematización propuesta por Bordenave (18) para la pedagogía de la problematización, que se orienta a crear la capacidad del alumno para detectar los problemas reales y buscarles solución, son válidos para la configuración del modelo educativo implícito en la presente propuesta. Ellos comprenden, secuencialmente: fundamentación teórica (conocimiento pertinente), cuestionamiento de la teoría conocida, observación de la realidad (problema), puntos claves (discriminación de lo irrelevante), hipótesis de solución y aplicación a la realidad (práctica).

Sin embargo, creemos que el partir de la fundamentación teórica conlleva el riesgo de desviación hacia un enfoque disciplinar; además, el cuestionamiento de la teoría conocida antes de observar la realidad implica el riesgo de abstracción o de reflexión exclusivamente teórica. Por esta razón, parece que los elementos en discusión deberían reordenarse en coherencia con el énfasis en la identificación de problemas como el punto crucial de todo el proceso, tal como se sugiere en el esquema 3.

La implantación del proceso educativo resultante no debe perder de vista las exigencias que imponen a la educación permanente los procesos nacionales de desarrollo y el fortalecimiento de los sistemas locales de salud (19-20). En tal sentido, la capacitación en servicio en epidemiología debe ser armónica con las características o grados de avance observados o esperados en el desarrollo de los SILOS en los diversos contextos, en sus dimensiones político-social (descentralización, participación), jurídico-administrativa (regionalización, desconcentración) o táctico-operativa (intersectorialidad, modelo de prestación de servicios y capacidad administrativa y gerencial).

ESQUEMA 3. Capacitación en servicio en salud pública. Propuesta de proceso educativo.



EVALUACION Y MONITORIA DEL APRENDIZAJE

Se considera importante la supervisión continua del personal expuesto a las actividades de capacitación, la evaluación del aprendizaje con base en cambios en los conocimientos, actitudes o destrezas de los trabajadores de salud y en las funciones de los servicios correspondientes, y el cuestionamiento de aquellas funciones que son inapropiadas a las necesidades de salud de la población y a la determinación social de la salud y de sus prácticas en cada espacio-tiempo.

Dado que la participación de los discentes en un proceso educativo de esta naturaleza debe ser activa, debe asegurarse la comprensión de los propósitos del proceso capacitante a fin de permitir que parte de la evaluación formativa sea hecha por el propio discente. Al mismo tiempo deben reforzarse las acciones de extensión de las instituciones formadoras de recursos humanos, con el fin de facilitar una mayor integración entre academia y práctica a través de la incorporación de los docentes en actividades de investigación y de servicio propiamente dicho, además de la participación directa en la capacitación, así como en su evaluación y monitoría.

PREPARACION PARA PROMOVER EL CAMBIO EDUCACIONAL

Debido a que la definición de lo que es *problema* en epidemiología, de cuáles son las categorías más apropiadas para su identificación y de cuáles las metodologías educativas más convenientes para contribuir a su solución a través de la capacitación constituyen áreas de debate y controversia, es conveniente vitalizar procesos de capacitación basados en la problematización, a través del desarrollo de investigaciones que permitan avanzar en el conocimiento disponible alrededor de estos puntos de dificultad.

Se anticipa que cuando exista suficiente base empírica para las consideraciones aquí esbozadas, será necesario proveer a los sistemas locales de salud de mecanismos para la problematización, enfoques y métodos para el estudio de los problemas de los servicios de salud, así como para la subsecuente formulación de propuestas de capacitación en servicio en epidemiología apropiadas al estado actual, tendencias y posibles escenarios futuros de la situación social y de salud en su área geográfica de influencia.

COMENTARIO FINAL

Teniendo en mente que la práctica de la salud pública solo puede ser desarrollada a través de la capacitación en la medida que esta contribuya a la solución de los problemas que afectan dicha práctica, se reitera el planteamiento de que es preciso identificar el conocimiento epidemiológico que sea relevante para la solución de los problemas que en diferentes instancias limitan la oferta de servicios en una sociedad determinada.

Las consideraciones previas se orientan en esta dirección. Por tal motivo, la Organización Panamericana de la Salud pretende promover y apoyar el desarrollo de una línea de investigación-acción en este campo. Este enfoque con criterio "paliativo" o remedial en una perspectiva de corto plazo, de ninguna manera significa abandonar el criterio "curativo" en una perspectiva de largo plazo que corresponde a la formación regular. Creemos que a través de un proceso de esta naturaleza será posible fortalecer el uso cabal de la epidemiología en la planificación, ejecución y evaluación de los servicios de salud.

REFERENCIAS

- 1 Organización Panamericana de la Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. *Educación permanente de personal de salud en la Región de las Américas. Fascículo I: Propuesta de reorientación. Fundamentos*. Washington, DC, 1988. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 78.
- 2 Souza, A. M. A., Galvão, E. A., Santos, I. y Roschke, M. A. *Educación permanente de personal de salud en la Región de las Américas. Fascículo IV: El Proceso Educativo*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, 1989. Serie Desarrollo de Recursos Humanos 81.
- 3 Organización Panamericana de la Salud. *Salud para todos en el año 2000. Estrategias*. Washington, DC, 1980. Documento Oficial 173.
- 4 Organización Panamericana de la Salud. El desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. Tema 5.6 del Programa Provisional. Consejo Directivo de la OPS, XXXIII Reunión. Comité Regional de la OMS, XL Reunión. Washington, DC, 1988.
- 5 Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1986*. Volúmenes 1 y 2. Washington, DC, 1986. Publicación Científica 500.
- 6 Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas, edición 1990*. Volúmenes 1 y 2, Washington, DC, 1990. Publicación Científica 524.
- 7 Organización Panamericana de la Salud. Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias. La práctica epidemiológica en los sistemas de servicios de salud. *Educ Med Salud* 24(3), 1990.
- 8 Litvak, J., Ruiz, L., Restrepo, H. E. y McAlister, A. El Problema Creciente de las Enfermedades no Transmisibles, Un Desafío para los Países de las Américas. *Bol Of Sanit Panam* 103 (5): 433-449, 1987.
- 9 Morris, J. N. *Uses of Epidemiology*. Baltimore, The Williams & Wilkins Co., 1964.
- 10 Organización Panamericana de la Salud. Usos y Perspectivas de la Epidemiología. Documento del Seminario sobre Usos y Perspectivas de la Epidemiología, Buenos Aires, Argentina, 7-10 de noviembre de 1983. Washington, DC, 1984. Publicación PNSP/84-47.
- 11 Organización Panamericana de la Salud y Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública. Segunda Reunión sobre Sistemas Nacionales de Información y Desarrollo de la Epidemiología. Caracas, Venezuela, 25-29 de mayo de 1987. *Educ Med Salud* 22(4): 428-455, 1988.
- 12 XIV Conferencia de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública. *Boletín epidemiológico* [Organización Panamericana de la Salud] 9(1): 1-8, 1988.
- 13 Bradshaw, J. A Taxonomy of Social Needs. En: G. McLellan, ed. *Problems and Progress in Medical Care: Essay on Current Research*. Seventh Series. Oxford, Oxford University Press, 1972.
- 14 Macedo, C. G. de. *Declaración de principios*. Washington, DC, 1982. Organización Panamericana de la Salud, 1982.
- 15 Rose, G. Sick Individuals and Sick Populations. *Int J Epidemiol* 14: 32-38, 1985.
- 16 Susser, M. *Epidemiology, health and society*. Nueva York y Oxford, Oxford University Press, 1987.
- 17 Dever, A.G.E. *Epidemiology in Health Services Management*. Rockville, Maryland, Aspen Publishers Inc., 1984.
- 18 Bordenave, L. La transferencia de tecnología apropiada al pequeño

- agricultor. *Revista Interamericana de Educación de Adultos* [Organización de los Estados Americanos] 3(1), 1980.
- 19 Campos, S. A. *Educación permanente en salud. Aportes conceptuales y metodológicos para su programación a nivel local*. San José, Costa Rica, Programa de Adiestramiento en Salud para Centroamérica y Panamá (PASCAP), 1989. Publicación PASCAP No. 21.
- 20 Linger, C., Paranagua-Santana, J., Rodríguez Domínguez, J. y Haddad, J. *Desarrollo de la fuerza de trabajo para los sistemas locales de salud*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, noviembre de 1988. Documento mimeografiado.

FE DE ERRATAS

En el Volumen 24 No. 3 de *Educación Médica y Salud* y en el artículo "La práctica epidemiológica en los sistemas de servicios de salud" se omitió involuntariamente, en la página 306, el nombre del Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias como autor responsable del mismo. Dicho nombre debió haber aparecido a continuación del título.

En el mismo número de la Revista, y en el artículo "Aspectos generales del Programa Nacional de Formación de Especialistas en Higiene y Epidemiología de Cuba" (páginas 280 a 294) se omitió el nombre de los miembros de la Comisión Central del Programa de Residencia en Higiene y Epidemiología, que son además, los autores del artículo. Son los siguientes: Drs. Magali Caraballoso Hernández, Antonio Granda Ibarra, Juan F. Cabrera Trujillo, Conrado del Puerto Quintana, Hugo Hernández Ceballos, Silvia Martínez Calvo, Alfredo Paneque, Pedro Rodríguez Hernández y Gabriel Toledo Corbelo, todos ellos Profesores de la Facultad de Salud Pública.

Educación Médica y Salud ruega a los miembros del Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias, y a los profesores cubanos autores del segundo artículo mencionado, disculpar las omisiones señaladas, ocasionadas por motivos fuera de nuestro control.

INFORME FINAL DEL GRUPO DE CONSULTA SOBRE CAPACITACION EN SERVICIO EN EPIDEMIOLOGIA¹

INTRODUCCION

La identificación y descripción de problemas de salud a nivel de población, su explicación y la proposición de intervenciones y su evaluación constituyen una tarea fundamental de los servicios de salud, para la cual la contribución de la epidemiología es fundamental.

Sin embargo, a pesar del compromiso que han asumido en los foros internacionales de salud la mayoría de los países, pocos son los que han organizado sus servicios de salud en forma jerarquizada y regionalizada en función de la totalidad de su población, ofreciendo atención universal, integral, equitativa y con amplia participación de la comunidad.

Lo que se encuentra más comúnmente hoy en día es la persistencia de una multitud de servicios aislados para diferentes clases de trabajadores, además de servicios para los no cubiertos por la seguridad social. Cuando las informaciones sobre la productividad de estos servicios son totalizadas, se hace evidente que hay poblaciones o localidades doble o triplemente cubiertas y otras totalmente desasistidas.

En qué medida y cómo los diferentes segmentos de la población están cubiertos por acciones preventivas y curativas, es algo que no se conoce con precisión, aunque ambas estrategias se saben precarias

¹ El Grupo de Consulta se reunió en Washington, D.C. del 20 al 24 de febrero de 1990 y estuvo integrado por los Dres. Mónica Liborio (Relatora) (Universidad de Rosario, Argentina), José Guedes (Relator) (ABRASCO, Brasil), Miriam Oróstegui (Universidad de Santander, Colombia), Sylvia Robles (Universidad de Costa Rica), Ernesto Medina (Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile), Michael Sprafka (University of Minnesota, Estados Unidos), John Drescher (Center for Disease Control, Atlanta, Estados Unidos), Manuel Bayona (University of South Florida, Estados Unidos), Rutilia de Figueroa (Relatora) (Universidad Autónoma de Honduras), Diego González (Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú), David Gómez Cova (Escuela de Salud Pública, Universidad Central de Venezuela), y Luis Ruiz, Jorge Haddad, Clovis Tigre, Renate Plaut, Mario Boyer y María Alice Roschke de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

en muchos países cuando se va más allá de las enfermedades inmunoprevenibles. La atención a la demanda es todavía la práctica dominante que muy frecuentemente no está acompañada de la evaluación de sus resultados.

La transformación de la organización de los servicios y el aumento de su equidad y eficacia sobrepasan en mucho la contribución aislada de la epidemiología y deberían empezar con una intencionalidad política al más alto nivel de los gobiernos. Sin embargo, una perspectiva epidemiológica es fundamental cuando se busca democratizar la atención a la salud. El mismo concepto de salud y del proceso de su determinación social son básicos para orientar los programas de salud de un país, región o localidad.

En un plano lógico sería de esperar que las escuelas de salud pública y los departamentos de medicina preventiva preparen los recursos humanos necesarios para el desarrollo de los programas de salud. No obstante, la formación académica regular continúa bastante desvinculada de la problemática de los servicios, aunque existen algunas instituciones formadoras que reconocen que deberían estar trabajando conjuntamente con las direcciones de los servicios de salud, como una forma de actuar sobre problemas concretos de su población y garantizar la educación continua de sus egresados.

Varios países han hecho esfuerzos por formar recursos en este sentido, con programas docentes cambiantes, pero no han alcanzado los resultados esperados y el recurso humano ha sido insuficiente o inadecuado para satisfacer las necesidades impuestas por las transformaciones.

Es más, a lo largo del tiempo asistimos inmovilizados a una constante pérdida por razones políticas, administrativas o financieras, de personas muy bien preparadas en epidemiología. Y, por otro lado, en algunas situaciones existen personas preparadas hace tiempo que necesitan actualizar sus conocimientos, considerando que hoy se presentan problemas distintos de los del pasado reciente y que reclaman nuevas estrategias de intervención, incluso acciones no médicas.

En esta perspectiva, se considera importante promover una línea multinacional de investigación-acción orientada a estudiar en la influenciada favorablemente a través de la capacitación en epidemiología. Esta línea tendría que conciliar las perspectivas de: la academia y la práctica; la epidemiología, la administración y la clínica; la complejidad diferente de los servicios de salud; las situaciones heterogéneas de salud de la Región, y de los procesos de desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud.

Por esta razón la Organización Panamericana de la Salud convocó un grupo de consulta en Washington, D.C., del 20-24 de fe-

brero de 1990, con el propósito de avanzar en el desarrollo de las ideas antes esbozadas. En particular se solicitó que, sobre las base de una definición de los ámbitos o planos para la problematización en los servicios de salud, el Grupo colaborara en:

- a) la predefinición por consenso de los posibles problemas existentes,
- b) la identificación entre estos últimos de los problemas susceptibles de mejoría por la capacitación en servicio en epidemiología y en consecuencia de los problemas a estudiar,
- c) la sugerencia de probables abordajes o métodos de estudio a utilizar,
- d) la sugerencia de elementos de reconciliación entre problemas, contenidos y métodos de enseñanza y,
- e) la sugerencia de estrategias regionales y nacionales para implantar la línea de investigación-acción que se discute.

Teniendo como marco de referencia los procesos de transformación y reorganización que tienen lugar en los servicios de salud de la Región, se identificaron y definieron niveles de problemas vinculados en lo fundamental al quehacer (funciones) y a la organización de los servicios, niveles que a su vez presentan problemas específicos y puntuales, que fueron también identificados y definidos. Sin ser exhaustivos, en un análisis que tuvo como punto de partida las experiencias en docencia y servicio de los integrantes del grupo, haciendo hincapié en las particularidades y en la heterogeneidad de los contextos, y tratando de despojarse de una actitud eminentemente académica, se realizó un esfuerzo para identificar los problemas incorporando el sentir y quehacer de los mismos servicios. Se reconoció que estos problemas obedecen a un nivel de determinación mayor de naturaleza estructural.

La consulta se desarrolló mediante la conformación de dos grupos de trabajo. La discusión de estos grupos fue confrontada en las sesiones plenarias, lo cual permitió el enriquecimiento continuo de ambos grupos.

A continuación se presenta la producción de los grupos en forma consolidada, que creemos representa una primera aproximación a los propósitos que le dieron origen.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS EN LOS SERVICIOS

Se presenta una síntesis de los problemas identificados en los servicios de salud, organizada según el nivel donde se observaron dichos problemas. En base a los propósitos de la presente investigación, se procuró identificar aspectos de los problemas que afectan fundamen-

talmente la organización y el funcionamiento de los servicios. Se hizo hincapié en que había que partir de una revisión de la organización, orientación y administración de los sistemas locales de salud. Vale la pena destacar, sin embargo, que se utiliza una percepción amplia de los servicios desde el contexto en el que se ubican hasta las prestaciones que brindan a la población y al ambiente.

A nivel del contexto

- Los servicios están fuertemente afectados por la crisis económica, política y social, y están definidos por una política nacional.
- Su sistema organizativo depende más del entorno político y administrativo que de su dinámica interna.

A nivel conceptual

- La concepción de la epidemiología como conjunto de principios, métodos y técnicas no permite que se la considere, en su dimensión como ciencia; la pérdida de su universalidad hace que se concentre en un grupo de “expertos”, limitando así su incorporación amplia dentro del quehacer de los servicios.
- Los servicios son considerados a partir de un único fenómeno: enfermedad-muerte, fenómeno expresado a nivel individual, biológico, de estado pasivo (servicios “patocéntricos”), lo que no ha permitido incorporar concepciones más integrales del proceso salud-enfermedad. La salud entendida como bienestar integral, en general ha quedado a nivel de discurso, habiéndose avanzado poco en los esfuerzos por poner en práctica esa concepción.
- A lo anterior contribuye el poco desarrollo o la poca funcionalidad en muchos de los países de la Región de centros o instancias que sean espacios sociales, participativos de reflexión y acción crítica en relación con la epidemiología y con la prestación de servicios.
- La concepción en los servicios del proceso de trabajo en función de la productividad, medida a través del cumplimiento de metas preestablecidas, hace que el trabajo pierda su dimensión integral de desarrollo y realización individual y social.

A nivel de las políticas sectoriales

- Definen el ser y quehacer de los servicios como legitimadores del papel del Estado y no como respuesta a los problemas reales de poblaciones particulares.
- Son centralizadas y en consecuencia formuladas como si la realidad fuera homogeneizada, a pesar de que esta exige por su complejidad y heterogeneidad de políticas diferenciadas.
- Las decisiones generalmente se basan más en la racionalidad política que en una racionalidad técnica que incorpore la información epidemiológica.
- La falta de coincidencia de las políticas y los quehaceres de las instituciones que conforman el sector salud dificultan la construcción de un enfoque sectorial común para los servicios.
- Los objetivos generalmente son formulados a partir de una sobrevaloración de lo médico-curativo y en función de la demanda espontánea de la población.

A nivel de la organización

En general, en los países de la Región el sistema de salud es único o pluralista con subsistemas públicos y privados. Actualmente se encuentra en ejecución un proceso de reorganización de los servicios enmarcada dentro de la propuesta de desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, propuesta que ha asumido características particulares en los diferentes contextos. En la realidad de los países representados, existe una heterogeneidad en cuanto a la forma y complejidad de dicha organización, persistiendo aún los objetivos de atender la demanda de la población o de alcanzar una cobertura parcial pre-determinada. La problemática de los sistemas de servicios salud y su organización está obviamente relacionada con lo anterior puesto que los servicios de salud pueden admitir una centralización o una descentralización, esta última permitiendo la posibilidad de un mayor desarrollo local. En relación con este proceso, se identificaron algunos problemas:

- La propuesta de descentralización en muchos casos continúa a nivel de decisión política sin haberse desarrollado integralmente en los servicios (conceptual y operativamente).
- La existencia en la práctica de múltiples connotaciones acerca de la descentralización, entre ellas la de verla como una transferencia de responsabilidades y no como un espacio de mayor participación social.

- La escasez de aportes y experiencias sobre cómo resolver los problemas del poder (del conocimiento o político-decisionario) dentro del proceso, unido esto a la poca capacidad de los trabajadores de los servicios para identificar y manejar el conflicto.
- El proceso de descentralización implica enfrentar problemas nuevos así como problemas viejos de distinta calidad y cantidad, para lo cual no se dispone en los servicios de las competencias necesarias. Todo ello exige una mayor capacitación en la materia.
- La distribución de los recursos (humanos, técnicos y financieros) continúa obedeciendo en muchos casos al criterio subjetivo de los gerentes o a la demanda espontánea de la población.

A nivel de los recursos humanos

- No existe estabilidad en los cuadros de personal, lo que significa un recambio permanente de los directivos (director de hospital, jefes de servicios, etc.) con la consiguiente discontinuidad y eventual cambio de dirección de las acciones.
- El poco desarrollo del trabajo multidisciplinario, lo que está condicionado, entre otros factores, por una sociedad altamente individualista y competitiva, un modelo médico hegemónico con subvaloración de las otras profesiones, problemas de comunicación y falta de ejes integradores del proceso de trabajo.
- El recurso con que cuentan actualmente los servicios carece en su mayoría de formación o de actitud o pensamiento epidemiológicos así como de compromiso con la salud de la población.
- Existen áreas de la epidemiología en las que no se profundiza en la formación académica regular como son, por ejemplo:
 - a) Planeación y evaluación epidemiológica de los sistemas de salud.
 - b) Creación o modificación de los sistemas de información (vigilancia epidemiológica).
 - c) Investigación de brotes epidémicos.

Sin embargo, sí se profundiza con énfasis en áreas que se aplican más a la enseñanza y a la investigación. Como consecuencia, la enseñanza de la epidemiología, desarticulada de la acción, por lo general está desfasada en tiempo y espacio en los diversos contextos.

A nivel de las funciones

- La planificación y programación generalmente no incorporan la información epidemiológica.
- No existe relación entre la planificación, programación y formulación de metas con la realidad a nivel presupuestario, capacidad instalada, y tecnología disponible.
- La evaluación se realiza sobre actividades finales y no sobre el proceso como un todo, lo que no le permite retroalimentar el mismo proceso de prestación y administración. Está centrada en lo cuantitativo lo que es reforzado por el poco desarrollo de indicadores cualitativos.
- Los servicios cumplen un papel como recolectores de datos, pero no actúan como generadores de información, conocimiento y estrategias epidemiológicas (no hay un análisis y uso o aplicación de la información en los mismos servicios).
- Son escasos los avances en la definición de la función epidemiológica en los servicios (¿cuál es?, ¿quién la ejerce?, ¿cuál es la relación o articulación de los epidemiólogos con los servicios?).

A nivel del modelo de prestación de servicios de salud

- Los modelos de prestación de servicios son rígidos, abúlicos, carecen de sentido histórico, están basados en programas definidos a nivel central y no incorporan los problemas emergentes de salud-enfermedad de las poblaciones particulares para darles respuestas.
- La atención predominante de la demanda y no de las necesidades de salud de la población implica ineficiencia e inequidad de los servicios además de ser inadecuados para los perfiles diferenciales de morbimortalidad.

Haciendo un análisis (desde el marco referencial ya delineado) de los problemas identificados en la primera etapa, se elaboró la siguiente síntesis sobre cuáles de esos problemas son potencialmente modificables por un proceso de Capacitación en Servicio en Epidemiología (CSE).

Niveles de problemas	Capacitación en servicio en epidemiología
I. Contexto	<ul style="list-style-type: none">• Contribuiría a su comprensión integral y aún cuando no influencia directamente los pro-

- blemas contextuales es crítico para aquellos del nivel político.
- Incorporaría los niveles particular y social al singular hegemónico.
 - Facilitaría la generación de información epidemiológica relevante para la toma de decisiones, en particular para la formulación de políticas diferenciales.
 - Contribuiría al reconocimiento de perfiles diferenciales de salud en favor de una distribución con eficiencia y equidad de los recursos y de una mayor coherencia de las funciones de administración y de prestación de servicios.
 - Contribuiría, a través de una percepción más integral de la realidad, a generar mayor compromiso de los trabajadores de salud con los problemas y soluciones particulares, así como a promover el trabajo inter y transdisciplinario.
- Facilitaría:
- La planificación en función de diagnósticos locales de situación de salud.
 - La programación diferenciada (grupos vulnerables, problemas prioritarios),
 - La vigilancia y monitoría apropiadas a cada situación particular.
 - La evaluación integral de acciones y programas y estimularía la construcción de indicadores cuali-cuantitativos.
- Contribuiría a la reorientación del modelo vigente de prestación de servicios aumentando su idoneidad con la situación y tendencias de salud.

ENFOQUES

En una segunda etapa de la constitución del grupo, hubo una amplia discusión sobre los diferentes enfoques que podrían aplicarse a

los problemas identificados, discusión enriquecida por la heterogeneidad de opiniones sobre el propio concepto de epidemiología; se logró construir con relación al mismo un marco referencial amplio, que incorporaba esa diversidad de concepciones y contextos. El grupo consideró a la epidemiología como ciencia, con un objeto de estudio que se definió como el proceso salud-enfermedad (sus determinantes, condicionantes, manifestaciones cuali-cuantitativas), a nivel de las poblaciones o grupos humanos, incorporando los niveles de lo macro-social, lo particular y lo micro-social.

Se establecieron las siguientes premisas para el trabajo:

1. El espacio de articulación entre la epidemiología y los servicios es el espacio poblacional en sus diversas dimensiones (biológico-individual, ecológico-de grupo y social-estructural).

2. El espacio para los procesos de capacitación en servicio en epidemiología se maximiza críticamente en una perspectiva de transformación y reorganización de los servicios.

3. La descentralización y el desarrollo local deberían caracterizar el sistema organizativo de los servicios imperante, aunque existen factores de poder que impiden que se lleve a la práctica este modelo organizativo.

4. La discusión debe desarrollarse dentro de un marco general de lo qué debe ser y cómo debe ser la capacitación en servicio en epidemiología de manera tal que permita responder diferencialmente a las necesidades de los distintos niveles de complejidad y resolución, así como a los contextos particulares de los servicios.

Se observa que son necesarias además situaciones contextuales o concomitantes para llevar adelante un programa de CSE:

1. No puede existir o implementarse desarticulado del ámbito de formación o capacitación en salud pública o administración de salud.

2. Debe estar articulado con las instituciones formadoras de recursos y estas, a su vez, deben estar articuladas con los servicios tanto a nivel central (gobierno) como a nivel local.

3. Requeriría además que las universidades se hallen en estrecha relación con las escuelas de salud pública, estableciéndose diferentes planos de relación. Cabe también requerir a la institución universitaria la excelencia de sus docentes y el conocimiento de los servicios ya que este programa serviría para acercar a la universidad a la realidad de salud imperante en el nivel local y viceversa.

4. Debería estar dirigido al personal de salud con algún grado de capacidad resolutoria.

Estas condiciones influyen indirectamente en la tendencia de solución de problemas lo que dependerá en gran medida del grado de articulación docente-asistencial.

CONCILIACION ENTRE PROBLEMAS, CONTENIDOS Y METODOS EDUCATIVOS

En una tercera etapa, el trabajo del grupo tuvo como objetivo la construcción de un modelo que permitiera un enfoque del proceso de CSE con una dirección técnico-administrativa y una intención política definidas a partir del marco referencial antes discutido y que se expresan de forma sintética así: incorporar a la epidemiología (como visión y práctica epidemiológica) como uno de los ejes que oriente los procesos de transformación y reorganización de los servicios para que su ser y quehacer respondan a los problemas de salud-enfermedad de las poblaciones particulares y de los espacios definidos para su intervención.

A este fin, se retomaron los que han sido asignados como quehaceres fundamentales de la epidemiología: a) análisis de situación de salud; b) vigilancia epidemiológica; c) inferencia causal, y d) evaluación de estrategias de intervención, haciendo sobresalir la investigación como proceso inherente a todo el quehacer epidemiológico.

Ante los problemas, que no pueden constituir una lista exhaustiva, se plantearían posibles soluciones desde un programa de capacitación que contemplaría una formulación del *qué* y *cómo* capacitar.

Para la formulación del *qué*, el grupo visualizó que debería tender a los perfiles ocupacionales en cada uno de los niveles, considerando las preguntas que podrían surgir por parte de los servicios o la población, la información generada por esta última, la concepción de salud del área, la dirección política o el trabajo conjunto con los individuos a quienes está dirigido este programa.

Necesariamente la propuesta de capacitación ante esta perspectiva debe ser flexible ya que las necesidades de salud son diferentes de zona a zona y de subregión a región. Es decir, que no puede existir una única solución porque, por ejemplo, se pueden presentar perfiles de morbimortalidad diferenciales, problemáticas o factores de riesgo heterogéneos, etc. Lo que se requeriría únicamente en esta etapa es identificar y analizar grandes áreas temáticas como orientación básica.

Se entiende que estas formulaciones son importantes pues influirían directamente sobre los problemas enmarcados en la prestación de servicios de manera de poder responder a las *necesidades de la población* y a las necesidades de capacitación del propio personal de salud.

Los elementos de la propuesta educacional y el desarrollo alcanzado para cada uno de ellos se presenta a continuación:

- Análisis situacional
 1. Problemas existentes
 2. Contexto (general y en los servicios)

- Escenarios
 1. Instituciones educativas formales
 2. Servicios
- Perfiles diferenciales de capacitación
- Contenidos
- Metodología
- Estrategias
 1. Sensibilización
 2. Incorporación
 3. Mantenimiento
 4. Evaluación

Análisis situacional

El enfoque de los problemas debe de ser un proceso que incorpore al mayor número de actores (tanto de las instituciones educativas formales como de los servicios), y la situación de salud de las poblaciones de referencia de los servicios.

Debe tener como punto de partida el cuestionamiento de la práctica, del mismo proceso de trabajo en sus determinantes y condicionantes más generales (políticos, sociales, culturales) como el contexto interno del mismo servicio.

Escenarios

La identificación y definición de problemas es seguida por una ubicación de los mismos, en términos de las implicaciones docentes de las respuestas; soluciones o modificaciones propuestas, siendo dos los escenarios donde puede desarrollarse esta perspectiva: a) las instituciones educativas formales (universidad, cursos de posgrado en sus diferentes niveles: residencias, maestría, doctorado, etc.), y b) los propios servicios.

En la tarea de desarrollar procesos de CSE, es necesario identificar procesos mediadores entre los dos escenarios, habiéndose discutido alrededor de:

- La integración docencia-asistencia (insistiendo en la necesidad de superar las connotaciones tradicionales y dimensionándola como una de las estrategias de desarrollo del trabajo interinstitucional que pasa necesariamente por una articulación política y operativa entre las instituciones académicas y los servicios).

- La investigación desarrollada alrededor de dos grandes propósitos no excluyentes sino complementarios: uno orientado a la producción de nuevo conocimiento epidemiológico más ligado a lo explicativo-casual y otro orientado a la construcción de un conocimiento operativo (en la línea de la investigación-acción) que permita su aplicación en la solución a corto plazo de problemas emergentes dentro del mismo servicio.

Perfiles diferenciales de capacitación

La capacitación en servicio en epidemiología deberá conciliar los perfiles educacionales de base con los perfiles ocupacionales que asume como objetivo tanto en los distintos niveles del sistema (nacional, regional y local), como en los niveles funcionales que existen en cada nivel del sistema.

Dentro del nivel local por ejemplo, se pueden reconocer los siguientes niveles funcionales: gerencial, técnico (epidemiólogo, administrador y otros), y operativo.

Además, se planteó que en cada uno de los niveles debía darse prioridad al logro de la competencia del grupo antes que a la individual. Ello significa, en la medida de lo posible, la participación del equipo de salud tratando de generar una actitud epidemiológica enmarcada en la APS.

El nivel gerencial requiere apoyo epidemiológico en la definición o redefinición de la dirección de las acciones, de las prioridades y de la distribución de recursos.

Para esto se necesita una información que ayude a comprender los problemas para la toma de decisiones, lo que implica que lo que se requiere en este nivel es una información de buena calidad pero de baja especificidad. Debe existir equilibrio entre el conocimiento disponible y los objetivos de las acciones, tratando de entender las necesidades de la población para establecer adecuadamente las prioridades y dar sentido a su decisión. Las necesidades de formación en este nivel son mayores a fin de cambiar o reforzar actitudes o valores, lo que significa no ya un programa de capacitación sino de formación avanzada puesto que en la toma de decisión están en juego dimensiones que van más allá de la formación de un currículo formal pues requiere de lógica, intención, popularización y democratización de la información.

El nivel técnico tiene como función planificar y ejecutar acciones esencialmente epidemiológicas, así como funciones de otra naturaleza a cargo de otros profesionales del sector salud, las que requieren una actitud epidemiológica para ejecutarlas.

En el *nivel operativo* se requieren conocimientos, actitudes y

destrezas para la recolección, procesamiento y utilización de la información referente a la idoneidad, impacto, equidad y eficiencia de sus acciones.

Contenidos

Dado el marco referencial que incorpora la heterogeneidad de contextos, concepciones y prácticas entre los países y dentro de los mismos países, lo más coherente es que esta etapa al igual que todo el proceso sea una construcción colectiva de los servicios donde el proceso de CSE se desarrollará.

Para la consideración de los contenidos se efectuaron agrupaciones temáticas de acuerdo con las funciones del servicio, a saber: análisis de la situación de salud, aplicación del enfoque de riesgo, definición de prioridades e intervenciones de la salud, vigilancia y monitoría y evaluación de las prácticas y sus resultados.

Si bien se reconoció que la explicación de los contenidos podría ser inadecuada ya que este programa se dirige a dar respuesta a las problemáticas diferenciales locales, se estimó conveniente la búsqueda de contenidos generales que podrían servir como solución a problemas cuya explicación se remita a una visión más general.

Con esta idea como guía se presentaron a la discusión del grupo diferentes enfoques de los contenidos que permitieron analizar una lista de funciones o acciones epidemiológicas en los servicios. Se estimó que la agrupación de un problema particular, como el de la vigilancia epidemiológica, podría permitir un análisis especial de sus componentes en relación con un objetivo dado, enfermedades por ejemplo, lo cual orientaría las decisiones en cuanto a prioridades, recursos, tipo y cronología de las tareas y obviamente las necesidades de capacitación. Lo mismo aplica para el área de planificación y evaluación en salud.

Estas actividades son desarrolladas por el equipo de salud con decisiones y responsabilidades diferenciales para cada uno de los participantes del equipo. Su análisis interior permitiría establecer las diferentes necesidades de capacitación y los contenidos temáticos que requerirían.

Metodología

La naturaleza misma de la capacitación en servicio que tiene al trabajo como núcleo central del proceso de aprendizaje, favorece las metodologías no tradicionales que incorporan elementos básicos de la

educación de adultos, sin que esto signifique el renunciar al desarrollo de procesos mediadores entre los servicios y las instituciones educativas formales como lo indicamos en Enfoques.

Con respecto a los aspectos metodológicos se determinó la necesidad de que se debían solucionar problemas de orden poblacional y que las respuestas a estos problemas de ningún modo deberían ser individuales, con lo cual se plantea un desafío para la capacitación con esta visión.

Revisando las propuestas de enseñanza de los departamentos de medicina preventiva y social se halla una escasa o nula intervención, lo que plantea la real necesidad de emprender esta capacitación o programa siguiendo una línea pedagógica de estudio-trabajo; esto requiere un proceso educativo comprometido con la práctica de trabajo, que busque la capacitación técnica unida a la reflexión crítica, autonomía de pensamiento y creatividad de modo que los educandos, que son los protagonistas centrales de su formación, instituyan su propio saber.

Se planteó además la ejecución de un proyecto de investigación en la búsqueda de las soluciones particulares de cada servicio. Sería además necesario en la formulación del cómo ayudarse a través de talleres, investigaciones, práctica en servicio (estudio-trabajo), etc.

Estrategias

Se estudiaron las estrategias necesarias en diversas etapas:

1. Sensibilización: recorre todo el proceso; debe enfatizarse en la construcción participativa de la propuesta; implica la identificación de líderes potenciales para conducir y mantener el proceso de CSE; debe lograrse una articulación con el proceso de incorporación del pensamiento estratégico en los servicios.

2. Incorporación: estrategias que reorganicen el proceso de trabajo en el servicio de manera de crear espacios para la CSE.

3. Mantenimiento: implantación de grupos permanentes dentro del servicio que sean espacios participativos de conducción, reorientación y desarrollo del proceso de CSE.

4. Evaluación: permanente dentro del proceso, de manera que se utilice como instrumento que permita reorientarlo hacia necesidades reales, emergentes.

CONCLUSIONES

1. La epidemiología tiene una importante función que cumplir no solo en los aspectos de prevención y vigilancia de las enferme-

dades y en la evaluación y análisis del impacto de las acciones de salud, sino también como un arma para la programación en cuanto a la detección y cuantificación de factores y grupos de riesgo, la definición de las prioridades y mejoramiento y utilización de los recursos.

2. La práctica epidemiológica en los servicios está diluida en sus varias actividades y depende de la organización y funciones de los sistemas de salud y de la intencionalidad en el uso de la información epidemiológica.

3. Se destacó que la realidad de los servicios de salud debía ser interpretada en el contexto del ambiente político de cada país, destacando que las crisis de orden económico, político y social son las que condicionan las transformaciones de los sistemas y las respuestas inmediatas y adecuadas que estos cambios requieren.

4. Se planteó la importancia de definir las necesidades de salud de la población en la medida que existe en la Región un cambio en el perfil de salud. Mientras persisten enfermedades transmisibles, a ellas se agregan las enfermedades no infecciosas que afectan a la población adulta y anciana como también salud ocupacional, accidentes, violencias, etc.

5. En algunos casos la CSE puede servir como puerta de entrada a una educación formal en epidemiología (residencia, maestría, etc.)

RECOMENDACIONES

1. Dado que la formación de grado está condicionada por el mercado de trabajo médico que reivindica o absorbe otras especialidades que no son del campo de la salud pública, es necesario que se desarrollen mecanismos para reivindicar esta figura.

2. El proceso de CSE debe desarrollarse dentro del contexto de los procesos de desarrollo de los servicios de salud, de los recursos humanos en salud o de la transformación de la práctica misma, que ya se han iniciado en los países de la Región.

3. Es necesario, por tanto, caracterizar la capacitación en servicio del personal de salud teniendo en cuenta que esta capacitación debería tender a largo plazo a ser parte de un programa de educación continua, ya que supone limitantes en el tiempo y se pueden utilizar capacidades docentes de los propios servicios y de la universidad, haciendo posible así la integración docencia-servicio,

4. El proceso de CSE debe comprender el desarrollo colectivo de los actores del servicio y de las instituciones educativas formales. Así, por ejemplo, la elaboración de los contenidos debe articular

lo definido por los expertos que participan en el proceso con las necesidades y expectativas de los participantes en la capacitación.

5. Debe incorporarse a los posibles capacitadores (epidemiólogos) en los procesos de capacitación docente (nuevas propuestas de educación de adultos) y de la actividad de resolución de problemas.

6. Haciendo un análisis de quienes deberían capacitarse, se concluyó que la CSE debe extenderse tanto para el personal que participa en la toma de decisiones, como para los que atienden la salud individual y colectiva.

7. La CSE debería permitir también la formación del epidemiólogo (aunque determinada por el campo académico) y del administrador de servicios, ambos imprescindibles para la toma de decisiones y para producir los cambios necesarios al trabajar conjuntamente, con una visión que permita afrontar la realidad cambiante a 10, 20 ó 30 años.

8. Para el mantenimiento del proceso de CSE deben crearse equipos dentro del mismo servicio que conduzcan y permanentemente reorienten el desarrollo del proceso.

9. Debe apoyarse también un proceso de supervisión capacitante como una de las estrategias de mantenimiento de la CSE.

10. Las actividades de servicio deben desarrollarse dentro de un proceso de búsqueda, análisis y evaluación que se aleje de la visión rutinaria epidemiológica (datos, tabulación, elaboración de fuentes de información, etc.), para lo que hay que conjugar la dimensión científica con el enfoque comunitario.

11. Este programa debería capacitar una gran cantidad de recursos para que exista una suficiente masa crítica y así se puedan observar las transformaciones deseadas.

12. La CSE requiere desarrollar sistemas de información más acordes con la realidad, en poblaciones más pequeñas, por ejemplo, para monitorizar programas de intervención.

13. Dentro de los sistemas de información cabe la incorporación de un sistema de computación, con lo cual se podría permitir la realización de correcciones inmediatas en las acciones de salud. El pensamiento epidemiológico en el marco de este sistema de información es extremadamente necesario para que las correcciones den las debidas respuestas a las necesidades.

14. Por otra parte, esta capacitación debería ser incentivada en el equipo de salud a través de que se legitime de alguna manera (quizás mediante la entrega de un certificado), el reconocimiento de su participación en la carrera sanitaria o permitir su participación en horario de trabajo, etc.

15. La universidad es la que tiene la función de la formación en recursos humanos, es decir, formar a sus alumnos con una visión

epidemiológica posibilitando una generalización de actitudes en este sentido. Sin embargo, esta misión no puede ser realizada aisladamente de los servicios y debe existir una red de enlace entre la universidad y el servicio, permitiendo, en consenso, la acción de formación de acuerdo con las necesidades que el sector salud requiera.

16. Las necesidades de capacitación en epidemiología deben definirse a partir de los servicios.

17. Los servicios y escuelas (universidad) deben establecer mecanismos de co-participación para implementar programas de capacitación en epidemiología.

18. Los servicios deben crear mecanismos (núcleos, institutos, etc.) para garantizar, con la participación conjunta de la universidad, una educación continua en epidemiología, por ejemplo, a través de material de apoyo para evaluar servicios o realizando encuentros, seminarios, etc.

19. Las asociaciones de salud pública o de epidemiología deben apoyar las actividades de CSE.

20. El desarrollo de la capacitación en servicio en epidemiología en los diferentes países debe fomentarse mediante:

- Distribución de material bibliográfico.
- Cooperación técnica y financiera.
- Promoción de intercambio entre países.
- Apoyo a las asociaciones de salud pública compenetradas con el proyecto.
- Estímulo para la producción de los documentos necesarios para la educación continua.

Comentario final

Las posiciones iniciales de algunos espectadores y actores en la consulta sobre capacitación en servicio en epidemiología cuestionaban la necesidad y objetivos de la misma a partir de relecturas de las reuniones de Taxco, Buenos Aires y otras que han incorporado el problema como tema de discusión y análisis. Sin embargo, el desarrollo de la propia consulta, los procesos de formación del grupo, la diversidad de enfoques nuevos y antiguos y el avance en la profundización y especificación de nuevos elementos en lo relativo a modelos, estrategias, contenidos y metodología justificaron explícitamente la convocatoria a la consulta. Esta significa el avance de una propuesta que va abriéndose un espacio no solo en el plano teórico-conceptual sino también en la dimensión operativa de los sistemas y servicios de salud de los países

de América Latina, seguida de un trabajo que permita elevar la propuesta a nivel subregional y nacional.

Estos nuevos enfoques y perspectivas sobre la CSE amplían la comprensión sobre su complejidad e inciden sobre los límites de pertenencia y los papeles tradicionales definidos para los individuos e instituciones del sector salud; ruptura que destaca la necesidad de concepciones más amplias e integrales, de nuevas actitudes, desempeños y articulaciones entre la academia y la práctica por separado y entre sí. Esto pasa necesariamente por una revisión crítica y ofrece una nueva dimensión de dichas concepciones, acorde con las exigencias históricas que determinan en la actualidad una reorientación del papel del Estado y de los sistemas nacionales de salud, con las perspectivas de una reorientación que ofrezca mayor democratización y descentralización en los niveles políticos, técnicos y administrativos. Es este contexto el que permite identificar que la viabilidad de la propuesta de CSE debe generarse, desarrollarse y conducirse dentro del marco político local.

El énfasis sobre el marco referencial local es confirmado por la heterogeneidad de situaciones de los países que exige una definición local de contenidos y estrategias para su desarrollo.

La propuesta de CSE permite revalorizar el papel de la epidemiología como "disciplina síntesis", como eje integrador que, coordinado con otros desarrollos (planificación estratégica, conducción y gerencia), determinaría un mayor impacto sobre la calidad de la prestación de los servicios de salud. Se señala la necesidad de acompañar el desarrollo temático con estrategias educativas no tradicionales, más participativas e integrales, que permitan a los trabajadores de los servicios asumir una función crítica y dinámica frente al proceso de transformación de los sistemas locales y nacionales de salud.

LA FORMACION DEL MEDICO PARA ACCIONES EN LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

*Humberto de Moraes Novaes*¹

INTRODUCCION

En 1988, la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, celebrada en Washington, D.C. aprobó la Resolución XV y el Documento CD33/14, que se refieren al desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. De esta manera, las máximas autoridades de salud de la Región de las Américas definieron con claridad los lineamientos de política y estrategias por medio de los cuales el sector hará frente a los desafíos que plantea la situación de salud en el contexto de la crisis actual que afecta a la mayoría de los países y que tiene repercusiones evidentes en las condiciones de salud de la población y en el funcionamiento de los sistemas de salud (1).

Así, un SILOS o sistema local de salud, como se propuso en la referida Reunión, tiene como premisas fundamentales para su funcionamiento: variables políticas, como los conceptos de descentralización y desconcentración y variables operativas —que trascienden los esquemas verticales clásicos de atención de salud— tales como los programas materno-infantiles o los orientados a patologías específicas, con enfoques horizontales, alcanzando todos los estratos familiares o sociales de una comunidad determinada (2).

Además, desde el punto de vista organizacional, un SILOS integra, bajo una dirección única, todos los servicios de salud (hospitales, centros y puestos de salud, servicios de saneamiento, recursos extra-sectoriales) para un área de captación definida. Esta proposición de integración preventivo-curativa ya tuvo en este siglo varias tentativas de

¹ Asesor de Hospitales y Sistemas de Salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS, Washington, D.C.

implementación, desde la publicación en 1920 del notable trabajo de Bertrand Dawson (3).

La duplicación de acciones observada en la América Latina, identificadas por las líneas paralelas de comando y acción entre los hospitales y la red primaria, conlleva a un gran desafío para vencer resistencias a acciones integradas, como las de la presente propuesta de SILOS.

LOS HOSPITALES EN LA REGION DE AMERICA LATINA Y DEL CARIBE

Los hospitales de América Latina y del Caribe representan la principal concentración de recursos de salud, tecnología y experiencia profesional y quizá no existe ningún país de la Región de las Américas que no concuerde con la necesidad primordial de incorporar esos establecimientos a modelos generales o integrales de salud, como en las propuestas de los Sistemas Locales de Salud (2).

Cuando en la Conferencia de Alma-Ata (URSS, 6–12 de septiembre de 1978), la OMS y el UNICEF declararon conjuntamente que “la atención primaria de salud es 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 costo que la comunidad y el país puedan soportar” no se excluyó el papel de los hospitales de ese proceso. La atención primaria propuesta en Alma-Ata debería interpretarse como una filosofía de equidad y una estrategia para reorientar las actividades de los sistemas de salud y ampliar su cobertura, por medio de actividades inter e intrasectoriales (4).

En lo que a ello respecta, en muchos países de América Latina la atención primaria pasó a ser interpretada como un nivel de asistencia de primera línea, simplificada, rural e independiente de otras instituciones importantes de asistencia médica, como el sistema de la seguridad social. Si ese enfoque de atención primaria aislado puede ser válido como principal alternativa en algunos países de otras regiones, no acontece lo mismo en América Latina donde el intenso grado de urbanización en marcha y las propias características socioculturales convierten al hospital en punto focal indispensable para la realización de actividades generales de salud en las comunidades.

Ese interés de incorporar los hospitales a las acciones básicas de salud volvió a ser objeto de discusión por parte de la OMS en diciembre de 1985, después de más de 20 años de haberse considerado (5). Este aislamiento de los hospitales de los demás servicios de salud pública tiene orígenes históricos que merecen analizarse más profun-

damente para poder interpretar los actuales modelos de programas “comprensivos” o integrales de salud en diversos países.

Según Foucault (6), la utilización del hospital para curar enfermos comienza a fines del siglo XVIII, cuando se crea una conciencia de que el hospital puede y debe destinarse al tratamiento de enfermos, lo que representa el marco histórico de la introducción de la medicina hospitalaria o del hospital médico-terapéutico actual. Hasta esa época, el hospital era esencialmente una institución destinada a prestar asistencia a los pobres por medio de su separación y exclusión de la comunidad. Surge entonces el “individuo como objeto del saber médico y de la práctica médica en el hospital” (6).

Durante el siglo XIX, el pensamiento médico occidental estuvo dominado por la convicción de que la salud estaba directamente relacionada con la armonía de las funciones orgánicas individuales y, por tanto, sus disfunciones deberían ser tratadas en los hospitales por los médicos, de acuerdo con una escala de prioridades determinada por esos profesionales, ubicados en el ápice de la pirámide social. Sin embargo, en la segunda mitad del presente siglo varios autores señalan ya la tendencia de esos profesionales a asumir una función más dinámica en la modificación del comportamiento de las personas y a preocuparse particularmente por mejorar las condiciones de vida y del medio ambiente (7, 8).

La medicina fue una de las primeras profesiones en presentar una gama de conocimientos inaccesibles para los legos, ejerciendo de esa manera autoridad médica, mediante la competencia técnica, sobre la población que respetaba la medicina con reverencia, aceptaba su posición de superioridad, su saber intelectual y su carácter moral (6).

La propia institucionalización del saber médico en el hospital facilitó la transmisión de conocimientos de un grupo a otro y no de un individuo a otro ni de un profesor a un aprendiz, como en siglos anteriores. Según Foucault (6), esos sistemas de las profesiones, con sus propios modelos curriculares, se distinguieron también por el establecimiento de asociaciones u organizaciones profesionales tan sólidas y respetadas como sus propios miembros; para justificar sus demandas, los médicos promulgaron nuevos códigos de ética, establecieron un lenguaje propio y se liberaron paulatinamente de gran parte del control ejercido por los legos (9).

En la mayoría de los países, los médicos adquirieron un enorme grado de autonomía en su profesión y dentro de la propia organización hospitalaria por medio de una autoridad explícita o implícita. Para Wilson (10), las claves del concepto del profesional liberal independiente son la libertad dentro del contexto organizativo, la responsabilidad ante un único cliente, la conservación de la confidencialidad de la relación del médico con el paciente y la habilidad profesional

de aquel, producto de su capacidad intelectual y de su técnica. Ese mismo autor señala que los médicos, según Max Weber, incorporaron el carisma a tal punto que “demostraron al hombre común, virtudes de personalidad sobrenaturales, sobrehumanas o, por lo menos, de excepcional calidad y fuerza” (10).

Las características de esos profesionales se transformaron en anormalidades para la estructura burocrática del hospital porque su autoridad casi siempre era inmune a la dirección y al control. En la sociedad moderna, los grandes hospitales pasaron a asumir funciones importantes en los más diversos aspectos, transformándose en grandes laboratorios de investigación, centros universitarios, entidades proveedoras de servicios no médicos a la comunidad, lugares de alojamiento y, principalmente, de cura para todos los niveles sociales, además de ser el principal medio de apoyo para los demás servicios de salud en una región determinada.

A pesar de que, en general, los médicos siguen exentos de gran parte del control organizativo, la evolución de nuevas especialidades exigió la división del trabajo profesional, obligándolos a interactuar con otros profesionales médicos y no médicos. Como líderes del equipo de salud siguen teniendo gran influencia, pero sin la autoridad trascendental del pasado; desempeñan sus funciones con competencia, pero sin carisma místico y, principalmente, con su individualismo limitado por las exigencias de la interacción de grupos intrahospitalarios y, en época más reciente, por la enorme presión que ejercen las instituciones que financian sus servicios y que controlan todos sus actos.

LA FORMACION MEDICA

Las divisiones o especializaciones médicas surgieron como consecuencia natural de la ampliación de los conocimientos y, con cada descubrimiento, se fueron abriendo nuevos campos de actividad, como sucedió en el de la anatomía con los descubrimientos de Vesalius, en el de la patología celular con los de Virchow, en el de la bacteriología con los de Pasteur y Koch y así sucesivamente. La subdivisión del trabajo fragmentó al médico en más de 50 especialidades y, como resultado de ello, las autoridades de educación y salud han venido trabajando, durante los últimos 40 años, en la enorme tarea de buscar soluciones racionales a fin de ofrecer respuestas individuales o colectivas en materia de tratamiento y prevención para conservar la salud del hombre, como ser indivisible, utilizando los servicios de salud de su comunidad de la forma más integrada posible (11, 12).

En realidad, después de la Segunda Guerra Mundial los educadores médicos comenzaron a recomendar un modelo de sistema de

salud integral, que no solo debería considerar todos los servicios de salud, como los de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en forma de un continuo en el que el paciente recibiría una atención total por parte de los médicos especialistas o generales para su patología orgánica, sino que incluiría también estudios sobre los aspectos emocionales y familiares y las características del medio socioeconómico.

Por tanto, para humanizar el currículo, a partir de la segunda mitad del siglo XX, muchas escuelas trataron de buscar nuevas posibilidades para la formación de sus profesionales. Samuel Bloom (13), al analizar el proceso de formación de médicos, consideraba más importantes el comportamiento y los valores que las habilidades o los conocimientos técnicos. Hasta hoy, la socialización del estudiante de medicina ha sido un proceso institucional mediante el cual aquel asimila, en forma selectiva, valores, actitudes, intereses, habilidades y conocimientos de otros estudiantes y profesores, o sea "la cultura de la medicina actual", que lo lleva a encarar cada "caso" en sus aspectos exclusivamente clínicos.

A comienzos del decenio de 1960, los educadores médicos se preocupaban mucho porque los futuros médicos tuvieran una actitud de empatía o simpatía respecto de la humanidad, en vez de una de misantropía, escepticismo o cinismo en relación con el prójimo.

Se observa cierto grado de desilusión de los médicos respecto a su profesión, en América Latina. Si ese estado es un proceso transitorio—consecuencia de la crisis económica y financiera en la Región o de la creación de nuevas facultades de medicina, que ha llevado a la producción ilimitada de nuevos profesionales, que en algunos casos llegan a saturar los mercados de trabajo— es un aspecto que carece de investigaciones a fondo.

Existen sólidas razones para creer que no solo los períodos académicos en las universidades sino también el internado o la residencia influyen desfavorablemente en el comportamiento de los médicos frente a los problemas integrales de salud de las comunidades. Según varios autores, las experiencias de esos estudiantes de medicina y de los médicos recién formados, adquiridas antes de iniciar el ejercicio de la profesión, marcan su futura personalidad en cuanto a su actuación en la atención médica integral no especializada que se presta a determinados grupos de población (14, 15, 16).

ACCIONES INTEGRADAS DE SALUD: REVISION HISTORICA

En 1953, Reader (17) definió la asistencia médica integral sencillamente como la conservación de la salud y la prevención o cu-

ración de la enfermedad. En la práctica, ello implica una preocupación por los factores emocionales y psicológicos (además de los aspectos físicos), con una supervisión continua del individuo en su casa, la clínica, los centros de salud o el hospital, durante la convalecencia y la rehabilitación, hasta llegar a un estado óptimo de salud y de productividad permanente y estable. La asistencia médica integral también incluye compasión por el paciente y consideración de este como persona, solicitando su cooperación y compartiendo con sus familiares los deseos de su cura definitiva.

El tradicional médico de familia del pasado conocía a toda su comunidad y ofrecía asistencia médica integral, de la forma definida antes, además de tener en cuenta siempre los factores económicos y sociales locales como parte de su diagnóstico y tratamiento. Debido a la gran expansión demográfica y a los conocimientos sobre problemas de salud, no es posible ofrecer ese tipo de atención a todos los pacientes sin un esfuerzo considerable de planificación ni sin el trabajo de asistentes sociales, psicólogos, enfermeras, antropólogos, sociólogos, entidades y establecimientos, ni sin contar con camas, laboratorios y demás recursos de la medicina científica moderna.

El gran desafío de los últimos años ha sido el adiestramiento de médicos y otros profesionales de salud para prestar asistencia médica integral y realizar investigaciones científicas sobre los factores sociales, ambientales, económicos y emocionales que afectan la salud del individuo. Con el mismo objetivo se propusieron en casi todas las facultades o escuelas de medicina del Continente, currículos orientados hacia actividades fuera de la enfermería hospitalaria, bajo coordinación docente (18–27). Algunos resultados de esas tentativas fueron poco optimistas, como se verá más adelante (28, 29); en otros casos se buscó incentivar a los estudiantes por medio de ayuda financiera, facilidades de admisión al curso de medicina o a cursos con tutoría y orientación especiales (27).

En 1955, Eron (30) formuló una serie de hipótesis sobre la formación de los estudiantes de medicina, sin considerar los antecedentes de este grupo de jóvenes, expuestos en los primeros años de enseñanza a situaciones de fuerte presión psicológica, tales como experiencias iniciales con cadáveres, muerte, enfermedades crónicas e incurables, exámenes ginecológicos y rectales, autopsias, enfermedades venéreas y una serie de agresiones contra su personalidad en formación. De ello resulta que los estudiantes de medicina experimentan un ajuste de actitudes entre los años preclínicos y clínicos. Algunos asumen una “actitud cínica” durante los últimos años del curso, contraria a la “actitud humanitaria” que demuestran en los primeros años de universidad (30–35).

El desarrollo de las actitudes y capacidades de los actuales o futuros médicos en situaciones de trabajo fue tema tratado en una serie

de publicaciones. Reader (20) considera que la decisión de estudiar medicina cuando se le compara con la relativa a otras profesiones se toma mucho antes y que la tendencia a la especialización se presenta a medida que el estudiante avanza en su programa académico. Según se van ampliando sus conocimientos, comienza a darse cuenta de la imposibilidad de lograr competencia en todos los campos y recibe, sobre todo, notoria influencia de los profesores más capacitados y hábiles. La gran cantidad de información técnica necesaria para la práctica médica presiona al alumno a concentrarse primero en la enfermedad y, después, a adoptar una actitud impersonal en relación con el paciente. Este es uno de los mecanismos de protección individual para evitar enfrentarse al dilema de la asistencia médica integral *versus* la orientación exclusiva hacia el "caso" o la patología específica.

Christie y Merton (36), al estudiar los valores sociológicos en las facultades de medicina, observan tres aspectos: el primero se refiere al propio examen de admisión con el que se busca la identificación o selección de los estudiantes más aptos, de acuerdo con los intereses o las metas prioritarias de la facultad; el segundo aspecto se centra en que la facultad de medicina funciona como un sistema social donde los estudiantes, profesores y otros profesionales son elementos independientes que influyen unos en otros; y, por último, los valores de cada facultad son diferentes debido a sus tradiciones y a las diversas expectativas de la comunidad o a la selección de su cuerpo docente. De esa manera, dependiendo de esos valores y de la propia estructura de las relaciones sociales de la facultad, los estudiantes reciben orientación en uno u otro sentido.

Las causas de la resistencia a la aceptación de modelos de asistencia integral son todavía poco claras; sin embargo, las modificaciones curriculares en ese sentido se ven afectadas por la oposición o apatía de algunos profesores (28). Algunos autores no dudan en afirmar que los propios profesores son los responsables de la actitud de los futuros médicos y de que estos opten por una especialidad (37, 38). Esta tendencia puede haber contribuido a una continua reducción del número de médicos generales o "de familia" y al deterioro de su prestigio (39).

La convicción filosófica de que, en sentido amplio, la salud humana es una función no solamente de factores físicos sino también de relaciones personales y sociales, no encuentra apoyo en el currículo tradicional de medicina que continúa formando médicos con una visión fragmentada, preparados para prestar cuidados relacionados con el trauma físico, pero sin ninguna comprensión total de la importancia de la medicina para la familia y su medio social.

Seeman y Evans (40), al estudiar las actitudes de los médicos recién formados en período de internado rotatorio para fines de apren-

dizaje, observaron que su comportamiento se orientaba hacia los valores de grupos de referencia, donde el prestigio del desempeño profesional es de primordial importancia. El aprendiz busca esa posición para ser considerado también como miembro del cuerpo clínico, o sea, para situarse en la cima de la estructura social de ese sistema. En esa posición adquiere una actitud ideológica como partícipe de la organización social que lo sujeta a ciertos valores y lo lleva a rechazar otros.

En 1962, Haggerty (21) lanzó un programa en la Universidad de Harvard destinado a la formación de médicos de familia con apoyo de los departamentos de medicina interna, obstetricia, psiquiatría, pediatría, salud pública y servicio social y de la administración de los hospitales participantes. Sus resultados llevaron a la conclusión de que esos no son programas recomendables para todos los estudiantes ni para todas las facultades de medicina. Para algunos estudiantes, a pesar de ser un curso aparentemente bueno, no es práctico porque sus intereses se centran en otros aspectos de la medicina. Al mismo tiempo, los profesores particulares, que solo se presentan a realizar su trabajo clínico de rutina, tampoco se adaptan al programa por desconocer los antecedentes clínicos del paciente, como un todo, y por su falta de interés en el trabajo en equipo. Stokes y colaboradores (22), de la misma Universidad, emplearon varias medidas del desempeño pero no lograron demostrar ninguna diferencia de habilidad entre esos estudiantes y otros no pertenecientes al programa de medicina familiar, y Shaffer y colaboradores (33) llegaron a afirmar que la exposición de estudiantes de medicina a este tipo de curso, en algunos casos, acelera el proceso de desilusión y escepticismo que este sufre en relación con la práctica ordinaria de la medicina.

Becker y Geer (41) dan la denominación de "cultura del estudiante en las facultades de medicina" a una serie de interacciones personales y compromisos que se efectúan en las facultades de medicina a partir del primer año, y que consisten en los grupos pequeños de estudiantes que se juntan debido a afinidades sociales y se organizan alrededor de la mesa del laboratorio de anatomía para la disección de un cadáver. Esa cultura del estudiante influye en el contorno del sistema social de dos maneras: primero, proporciona la base de un *modus vivendi* entre los estudiantes y sus superiores para las actividades realizadas en la facultad o en el hospital y, segundo, ofrece al alumno el apoyo social que le permite penetrar en el medio docente, solo o en grupo, reinterpretar el currículo y adaptarlo a sus intereses. Es un mecanismo que crea las condiciones necesarias para un desvío considerable de las reglas institucionales establecidas, así como de los patrones e ideales del cuerpo docente.

Así, la facultad de medicina puede considerarse como un medio ambiente social donde se transmite la cultura de la medicina,

recibe la influencia de sus propios estudiantes y profesores y forma profesionales con una condición social y actitudes determinadas. En la medida en que los alumnos van reconociendo la complejidad de la medicina moderna, descubren sus propias limitaciones y se ven presionados a seleccionar un campo específico en el que puedan desarrollar su competencia. Esto es más evidente en el nivel académico más elevado y en los que reciben mayor apoyo docente (42).

En consecuencia, la especialización es un factor de la ampliación de los conocimientos y el resultado de la adquisición de una variedad de habilidades dentro de la profesión médica. La división y la subdivisión del trabajo que han caracterizado prácticamente todos los aspectos de la vida moderna después de la Revolución Industrial no podrían dejar de incluir el campo de la medicina. Las razones que ayudan a alcanzar una especialización médica son intelectuales y profesionales. La mayoría de los estudiantes ingresa a la facultad de medicina sin la intención de especializarse, pero esa tendencia va cambiando año tras año debido al alto grado de remuneración, a las conveniencias en materia de administración del tiempo que ofrecen ciertas especialidades, a la alta condición social, al prestigio y, sobre todo, al hecho de ser la única manera de llegar a la cima de la profesión y, por ello, ser respetado por su grupo (11).

Gray y colaboradores (34) clasificaron las especialidades médicas en dos grupos, según fuera mucha o poca la interacción del médico con el paciente. En el primer grupo se incluyen práctica o clínica general, psiquiatría, medicina interna, pediatría y ginecología y obstetricia. En el otro están cirugía, radiología, anestesia, neurología, patología, salud pública y rehabilitación. Los especialistas caracterizados por tener poca interacción con los pacientes presentan un grado de escepticismo mucho mayor que el grupo que tiene gran interacción con ellos.

Las críticas respecto de la relación del médico con el paciente y la falta de capacitación del médico moderno para tratar humanamente a sus pacientes es tema tratado en varias publicaciones. Reynolds y Bice (43), en un estudio sobre médicos internos, observaron una diferencia de actitud de esos profesionales respecto de los pacientes con patologías crónicas o problemas emocionales en comparación con los casos agudos. Para Reinhardt y Gray (44), esta actitud cínica en la relación de algunos médicos con ciertos pacientes se adquiere, como se indicó antes, durante el período de estudios en la facultad de medicina pero a veces se mantiene en la actividad práctica después del período de adiestramiento académico (45).

En 1973, Tait (46) propuso que se introdujera en el currículo de medicina la disciplina de ciencias del comportamiento en la que se estudiarían campos como psicología humana y desarrollo social, interacción personal y comunicación, psicología y sociología de las institu-

ciones y de las profesiones relacionadas con la atención médica y, por último, los antecedentes históricos y políticos de la medicina. Esta disciplina debería tener por objeto el análisis de diversos aspectos de la consulta médica, sus finalidades y las expectativas al respecto. Por medio de este esfuerzo se podrían equiparar la influencia y el prestigio de los departamentos clínicos altamente especializados de la facultad de medicina moderna con las necesidades generales del paciente, sus aspiraciones y ansiedades.

En ese sentido, la mayoría de las facultades de medicina siguen tratando de cambiar la actitud de sus alumnos mediante cursos especiales y aislados, en los que se pretende hacer hincapié en las cuestiones sociales del comportamiento (47-51). Los departamentos de medicina preventiva o comunitaria históricamente siguen un camino paralelo y vertical con los demás departamentos clínicos, y en ellos se imparten enseñanzas de asistencia infantil preventiva, por ejemplo, independientemente del Departamento de Pediatría o de programas de salud materno-infantil, sin relación con lo que enseña el Departamento de Obstetricia y Ginecología (52).

A partir del inicio del decenio de 1970 comenzaron a aparecer publicaciones en las que se recomendaba el uso del servicio ambulatorio de los hospitales universitarios para la educación médica, como forma de familiarizar al estudiante con los problemas fundamentales de los pacientes y no solo con sus patologías físicas aparentes, dentro de un marco de atención primaria de salud (53), haciendo hincapié en elementos como la continuidad de la asistencia, la coordinación de servicios y la asistencia médica integral centrada en la familia (54).

En ese período también se estimularon otras actividades educativas extramurales, conocidas como programas de integración docente-asistencial, en las que se propuso que la universidad trabajara en un distrito docente-asistencial en todos sus niveles, utilizando servicios básicos de salud más ajustados a la realidad para la formación de recursos humanos y para las propias investigaciones (55).

La exposición de alumnos de medicina a situaciones reales de salud en la propia comunidad parte del planteamiento de que ese período de formación es crítico tanto para orientar sus intereses hacia una asistencia integral de los enfermos (56) como para acentuar la actitud humanitaria por parte de los estudiantes (57). Esta hipótesis exige reflexión en cuanto a la selección de profesores conscientes de la responsabilidad de orientar a los estudiantes y, como indican Williams, Cooper y Lee (58), de orientar a la propia facultad de medicina sobre la clase de médico que pretende formar, siempre y cuando establezca medidas de evaluación del desempeño del cuerpo docente en relación con las metas educativas de la facultad en el campo médico.

LA EVALUACION DE DESEMPEÑO Y UBICACION PROFESIONAL

No cabe duda de que la evaluación del desempeño profesional de los médicos o de sus profesores es una tarea compleja. En los principales métodos de evaluación se recurre a la revisión de historias clínicas de los pacientes o los registros médico-hospitalarios, la observación directa de la relación del médico con el paciente durante una consulta, exámenes simulados de pacientes o revisiones *a posteriori* de un grupo de pacientes; sin embargo, los métodos más comunes son evaluaciones subjetivas del desempeño, realizadas por los propios médicos, sus supervisores, colegas u otros profesionales, así como por administradores o enfermeras y, finalmente, por los pacientes.

Aunque la satisfacción del paciente tenga poca objetividad, su observación refleja principalmente la clase de relación que tiene con el médico. Las diferencias de sexo, cultura, situación socioeconómica y formación previa y la propia naturaleza de la enfermedad pueden influir en la satisfacción respecto de la conducta médica (59).

Otro factor de importancia es la actitud de los futuros estudiantes antes de ingresar a la facultad de medicina. Los datos referentes a 1850 alumnos formados en 28 facultades de medicina en los Estados Unidos de América revelan que la tendencia hacia la atención primaria de salud es más evidente en quienes pasaron gran parte de su vida en pequeñas comunidades, y la conclusión de ese estudio se centró en la poca influencia de la facultad o de su currículo modelo en la formación de médicos orientados hacia la atención primaria de salud (14).

Estos resultados coincidieron con los de Maheux (15) en 1980 quien comprobó que, en facultades de medicina notablemente orientadas hacia la formación de médicos con una actitud de prevención, esas tendencias disminuyen a medida que el estudiante avanza en su adiestramiento clínico y se vuelve cada vez menos humanitario. Ese estudio parece indicar que las características previas al curso de medicina y las tendencias anteriores al período en la facultad de medicina para trabajos en programas integrales de asistencia de salud son mucho más importantes para la orientación preventiva, humana y social de los estudiantes.

Con datos acopiados entre residentes en medicina interna, Weil y Schleiter (60) demostraron en 1981 que ciertos antecedentes personales como religión, tipo de personalidad y deseo de controlar sus propias condiciones de trabajo, ejercen gran influencia en la orientación de esos residentes hacia una actividad de atención primaria de salud y pesan más que el tipo de facultad de medicina o de residencia. West y O'Donnell (61), en 1982, observaron lo mismo en individuos con determinados tipos de personalidad que escogen, a propósito, facultades

de medicina que ofrecen currículos innovadores y más orientados hacia la atención médica primaria y rural.

En 1981, Lawlor y Reid (62), al estudiar los factores que influyen en la preferencia de los médicos en la elección del lugar donde ejercerán la profesión, demostraron que la localización de médicos especialistas está directamente relacionada con la presencia de médicos con poca especialización, es decir, los resultados indican que existe una estructura jerárquica bien definida en los modelos de localización, tanto de los médicos dedicados a la clínica general como de los especialistas y que se interrelacionan.

En un estudio publicado en São Paulo, Brasil, en 1982, que analiza la distribución de médicos recién contratados para trabajar en 234 municipios carentes de esos profesionales, se indica como factor principal de localización la existencia de camas hospitalarias, que resulta más importante que otros factores tales como los indicadores de urbanización, escuelas, vivienda o existencia de bienes o de riqueza regional (63).

Gutiérrez Avila y Romero (64), al observar a varios estudiantes de medicina, y Frenk (65), en su estudio de médicos internos en México, observaron una marcada tendencia hacia la especialización y concentración en zonas urbanas, en hospitales o en establecimientos de la seguridad social. Para Zaidi (66), la causa principal de esa tendencia fue el propio sistema de clases sociales existente en los países capitalistas menos desarrollados.

CONCLUSIONES

Todas las variables, como el tipo de personalidad, la clase de educación secundaria o superior y la vida adolescente, contribuyen a la ubicación del médico en una región determinada. Es probable que ningún otro grupo profesional se haya estudiado con más detalle en lo que respecta a la distribución geográfica de sus integrantes (67).

Mientras tanto, no queda duda de que en los últimos años ha habido un cambio gradual de la función del médico en la atención de salud, es decir, que de una relación individualizada con el paciente pasó a una posición de líder de un grupo de profesionales de salud, en el que se da más énfasis a los aspectos de promoción y prevención de la atención médica (68). El médico tuvo que aprender nuevas habilidades, delegar algunas tareas a otros profesionales y adquirir nuevos conocimientos sobre aspectos administrativos y pedagógicos (69).

En los servicios de salud con actividades de promoción, prevención y curación, el médico tendrá que asumir nuevas responsabilidades que incluyen conocimientos de planificación, dirección del equipo

de salud, distribución y delegación de deberes al equipo, moderación de conflictos interpersonales, educación de sus compañeros en los aspectos técnico-profesionales o de educación sanitaria para la comunidad y, finalmente, administración de las decisiones relativas a los diferentes servicios de salud en una zona determinada (70-71).

La propuesta de implementación de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) en la Región solamente tendrá los efectos esperados mediante una profunda reformulación en el currículo médico, con implantación de programas obligatorios de residencia médica a nivel de posgrado, de dos a tres años de duración, a la manera que se viene desarrollando en Cuba y en Monterrey, México, ofreciendo a las poblaciones de los SILOS confianza en el médico que atiende los centros de salud. Cuanto más competentes sean los profesionales del nivel primario de atención, mayor integración se logrará con el nivel hospitalario y también mayor racionalidad en la utilización de sus servicios.

REFERENCIAS

- 1 Guerra de Macedo, C. *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud*. OPS/OMS, Washington, D.C., 1988.
- 2 Organización Panamericana de la Salud. *El desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud*. Documento CD33/17 presentado ante la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XL Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., 1988.
- 3 Dawson, B. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Informe provisional presentado al Ministerio de Salud de Gran Bretaña en 1920 por el Consejo Consultivo de Servicios Médicos y Afines. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 1964. Publicación Científica 93.
- 4 Organización Mundial de la Salud. UNICEF. *Atención primaria de salud*. Ginebra, 1978. 91 págs.
- 5 Organización Mundial de la Salud. *Report of the WHO Expert Committee on the Role of Hospitals at the First Referral Level*. WHO/SHS/EC/85/WP/II.A.3(a). Ginebra, 1985.
- 6 Foucault, M. Incorporación del hospital en la tecnología moderna. *Educ Med Salud* 12:59-72, 1978.
- 7 Donnangelo, M. C. F. y Pereira, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, Ed. Duas Cidades, 1976.
- 8 Buck, C. Después de Lalonde: Hacia la generación de salud. Organización Panamericana de la Salud. *Bol Epidemiol* 7:10-16, 1986.
- 9 Bullogh, V. L. *The Development of Medicine as a Profession*. Basilea, S. Karger AG, 1966, págs. 1-5.
- 10 Wilson, R. N. The Physician's Changing Hospital Role. En: *Medical Care—Readings in the Sociology of Medical Institutions*. Nueva York, John Wiley & Sons, Inc., 1966, págs. 406-420.
- 11 Somers, H. M. y Somers, A. R. Specialism, General Practice and Comprehensive Care. En: *Medical Care—Readings in the Sociology of Medical Institutions*. Nueva York, John Wiley & Sons, Inc., 1966, págs. 124-132.
- 12 Organización Mundial de la Salud. *Medical Specialization in Relation to*

- Health Needs*. Copenhagen, 1981, págs. 1-42.
- 13 Bloom, S. W. The Process of Becoming a Physician. *Ann Amer Acad Polit Soc Sci* 3:77-87, 1963.
 - 14 Erdmann, J. B., Jones, R. F. y Tonnesk, X. AAMC Longitudinal Study of Medical School Graduates of 1960. Washington, D.C., Departamento de Salud, Educación y Bienestar Social (DHEW) (PHS) 79-3235, 1979.
 - 15 Maheux, B. Medical Education and Medical Students' Attitudes toward Three Concepts of Comprehensive Care. Universidad de Michigan, 1980. Documento de tesis.
 - 16 Frenk, J. y Peña Mohr, J. Evaluación de tecnología y calidad de la atención en salud. OPS/OMS, Washington, D.C., PNSP/85/30/25, 1985.
 - 17 Reader, G. G. Comprehensive Medical Care. *J Med Educ* 28:34-40, 1953.
 - 18 Kern, F. y Hammond, K. R. Research in Teaching of Comprehensive Medical Care. *J Med Educ* 31:535-543, 1956.
 - 19 Lee, P. V. Teaching Comprehensive Medicine. *J Med Educ* 26:72-101, 1956.
 - 20 Reader, G. G. Development of Professional Attitudes and Capacities. *J Med Educ* 33:164-185, 1958.
 - 21 Haggerty, R. J. Family Medicine: A Teaching Program for Medical Students and Pediatric House Officers. *J Med Educ* 37:531-580, 1962.
 - 22 Stokes, J., Cliff, N., Riche, C. V. y Rutstein, D. C. The Effect of a Course in Family Medicine on Medical Student Skills and Attitudes. *J Med Educ* 38:547-555, 1963.
 - 23 Snoke, P. S. y Weinerman, E. R. Comprehensive Care Programs in University Medical Centers. *J Med Educ* 40:625-657, 1965.
 - 24 Novaes, H. M. Observações sobre Escolas Médicas nos E.U.A.: Contribuição ao Ensino Médico no Brasil. Organización Panamericana de la Salud, São Paulo, 1971. Documento mimeografiado.
 - 25 Geyman, J. P. Some Personal Reflections on Comprehensiveness of Care. *J Fam Pract* 16:217-218, 1983.
 - 26 Smith, W. G. y Buesching, D. Measures of Primary Medical Care and Patient Characteristics. *J Ambulatory Care Manage* 9:49-57, 1986.
 - 27 Rabinowitz, H. K. Evaluation of a Selective Medical School Admissions Policy to Increase the Number of Family Physicians in Rural and Underserved Areas. *N Engl J Med* 319:480-486, 1988.
 - 28 Niebuhr, H., Steiger, W. A. y Hoffman, F. H. Comprehensive Medicine and Medical Student Attitudes. *J Med Educ* 35:1154-1162, 1960.
 - 29 Lathem, W. Community Medicine: Success or Failure? *N Engl J Med* 295:18-23, 1976.
 - 30 Eron, L. D. Effect of Medical Education on Medical Students' Attitudes. *J Med Educ* 30:559-566, 1955.
 - 31 Becker, H. S. y Geer, B. The Fate of Idealism in Medical School. *Amer Socio Rev* 23:50-56, 1958.
 - 32 Miller, L. B. y Erwin, E. F. Attitude Changes in Medical Students during a Comprehensive Care Program. *J Med Educ* 36:422-428, 1961.
 - 33 Shaffer, J. W., Harvey, J. C., Reed, J. W., Schoenrich, E. H., Thomas, A. y Tobler, A. B. Teaching Comprehensive Medical Care: An Exploratory Study of Some Short-Term Effects. *J Med Educ* 40:948-955, 1965.
 - 34 Gray, R. M., Newman, W. R. E. y Reinhardt, A. M. The Effect of Medical Specialization on Physicians' Attitudes. *J Health Human Behav* 7:128-132, 1966.
 - 35 Snyder, D. C. The Relationship of Students' Experiences before and during Medical School to their Conceptions of Professional Responsibility. *J Med Educ* 42:213-218, 1967.
 - 36 Christie, R. y Merton, R. K. Procedures for the Sociological Study of

- the Value Climate of Medical Schools. *J Med Educ* 33:125-153, 1958.
- 37 Coker, R. E., Back, K. W., Donnelly, T. G. y Miller, N. Patterns of Influence: Medical School Faculty Members and the Values and Specialty Interests of Medical Students. *J Med Educ* 35:518-527, 1960.
- 38 Harris, C. M. Formation of Professional Attitudes in Medical Students. *Br J Med Educ* 8:241-245, 1974.
- 39 Donabedian, A. y Axelrod, S. J. Organizing Medical Care Programs to Meet Health Needs. *Ann Am Acad Polit Soc Sci* 9:46-56, 1961.
- 40 Seeman, M. y Evans, J. W. Apprenticeship and Attitude Change. *Am J Soc* 67:365-378, 1962.
- 41 Becker, H. S. y Geer, B. Student Culture in Medical School. En: *Medical Care—Reading in the Sociology of Medical Institutions*. Nueva York, John Wiley & Sons, Inc., 1966, págs. 96-107.
- 42 Kendall, P. L. y Selvin, H. C. Tendencies Toward Specialization in Medical Training. En: *Medical Care—Readings in the Sociology of Medical Institutions*. Nueva York, John Wiley & Sons, Inc., 1966, págs. 106-124.
- 43 Reynolds, R. E. y Bice, T. W. Attitudes of Medical Interns Toward Patients and Health Professionals. *J Health Soc Behav* 12:307-311, 1971.
- 44 Reinhardt, A. M. y Gray, R. M. A Social Psychological Study. Attitude Change in Physicians. *J Med Educ* 47:112-117, 1972.
- 45 Perricone, P. J. Social Concern in Medical Students: A Reconsideration of the Eron Assumption. *J Med Educ* 49:541-546, 1974.
- 46 Tait, I. Behavioural Science in Medical Education and Clinical Practice. *Soc Sci Med* 7:1003-1011, 1973.
- 47 Beloff, J. S., Kerper, M. y Weirnerman, E. R. Medical Student Response to a Program for Teaching Comprehensive Care. *J Med Educ* 45:1047-1059, 1970.
- 48 Marcotte, D. B. y Held, J. P. A Conceptual Model for Attitude Assessment in all Areas of Medical Education. *J Med Educ* 53:310-314, 1978.
- 49 Novaes, H. M. y Ferreira, J. R. *Adiestramiento en gerencia de servicios de salud*. *Educ Med Salud* 14:407-421, 1980a.
- 50 Novaes, H. M. Factores organizacionais nas crises dos hospitais das clínicas. *Bol Of Sanit Panam* 89:39-48, 1980b.
- 51 Namboze, J. M. Community Involvement at First Referral Level Hospital. WHO/SHS/EC/85/WP/III.G.1. Ginebra, 1985. Documento mimeografiado.
- 52 Stewart, G. T. What is Community Medicine. *Scott Med J* 21:4-5, 1976.
- 53 Giacalone, J. J. y Hudson, J. I. Primary Care Education Trends in U.S. Medical Schools and Teaching Hospitals. *J Med Educ* 52:971-981, 1977.
- 54 Farrow, S., Harrison, W., Kaluzny, A. y Newsome, K. An Empirical Definition of Primary Care. *J Comm Health* 6:92-102, 1980.
- 55 Brasil. Ministerio de Educación y Cultura, Programa de Integración Docente-Asistencial (IDA). Serie de Cuadernos de Ciencias de la Salud, No. 3. Brasilia, 1981, págs. 9-32.
- 56 Levine, D. M. y Bonito, A. J. Impact of Clinical Training on Attitudes of Medical Students: Self-Perpetuating Barrier to Change in the System? *Br J Med Educ* 8:13-16, 1974.
- 57 Guild, S. y Gunther, M. S. Patient Perspectives Program: A Humanistic Educational Experience for Medical Students. *Arch Phys Med Rehabil* 62:461-466, 1981.
- 58 Williams, A. P., Cooper, W. D. y Lee, C. L. Factors Affecting Medical School Admission Decisions for Minority and Majority Applicants: A Comparative Study of Ten Schools. Departamento de Salud, Educación y Bienestar Social de los Estados Unidos. R-2030-HEW. Diciembre de 1979, págs. 5-10.

- 59 Dimatteo, M. R. y Dinicola, D. D. Sources of Assessment of Physician Performance: A Study of Comparative Reliability and Patterns of Inter-correlation. *Med Care* 19:829-839, 1981.
- 60 Weil, T. P. Vertical Integration: The Wave of the Future? *Health Care Strategy Manage.* 2(9):4-11, 1984.
- 61 West, M. y O'Donnell, M. Personality Type and Curriculum Preference in Primary Care. *J Med Educ* 16:94-96, 1982.
- 62 Lawlor, A. C. y Reid, J. T. Hierarchical Patterns in the Location of Physician Specialists among Countries. *Inquiry* 1:79-90, 1981.
- 63 Hahn, N. S., Bussab, W. O. y Weschler, M. S. Dimensão e Perfil do Mercado de Trabalho para o Médico. Brasil, FUNDAP, 1982. Documento mimeografiado.
- 64 Gutiérrez Avila, J. H. y Romero, E. B. Cambios en las aspiraciones profesionales y en las actitudes de los estudiantes de medicina hacia los aspectos preventivos y sociales de la enseñanza y del ejercicio médicos. *Educ Med Salud* 19:386-400, 1985.
- 65 Frenk, J. Efectos del origen social y de la socialización profesional sobre las preferencias vocacionales de los internos de medicina de México. *Educ Med Salud* 19:426-450, 1985a.
- 66 Zaidi, S. A. Why Medical Students will not Practice in Rural Areas: Evidence from a Survey. *Soc Sci Med* 22:527-533, 1986.
- 67 Wendling, W. R., Werner, J. L. y Budde, N. W. Health Manpower Programs to Affect Physicians' Location: A Regional Analysis. *J Health Polit Policy Law* 6:120-135, 1981.
- 68 Hansen, J. D. L. The Role of the Doctor in the Changing Health Service. *S Afr Med J* 54:161-165, 1978.
- 69 Novaes, H. M. Managerial Training for Private and Public Health Care Enterprises in Latin America. En: *Population-Based Medicine*. M. Lipkin & W. A. Lybrand, eds. Nueva York, Praeger, 1980, págs. 95-107.
- 70 Novaes, H. M. Reorganizing the Latin American Health Sector: A Contribution to Education in the Administration of Health Services. *J Health Adm Educ* 11:175-189, 1983.
- 71 Novaes, H. M. Desarrollo de recursos humanos para la administración de sistemas locales de salud. *Educ Med Salud* 21:355-366, 1987.

A INTERDISCIPLINARIDADE NO ENSINO MÉDICO: TRÊS ASPECTOS DE ANÁLISE¹

*Dejano T. Sobral*²

INTRODUÇÃO

A interdisciplinaridade na educação médica é uma estratégia conseqüente em ações e modelos, frente à complexidade dos assuntos, dos objetos de estudo e dos problemas com que lidam estudantes e docentes e tendo em vista a busca da adequação progressiva da formação ao novo perfil de atuação profissional.

Nessa perspectiva, a interdisciplinaridade foi o principal foco de atenção na reunião sobre ciências sociais e biológicas no ensino médico, realizada em Brasília, em julho de 1989 (1). O texto básico que subsidiou a referida reunião define a inserção dessa estratégia na formação médica em função de dois aspectos complementares:

- Interações entre os níveis básico e aplicado, bem como entre as dimensões biológica e social do conhecimento, e entre os enfoques individual e coletivo, no processo de formação e
- intercâmbio e integração entre áreas de conhecimento envolvidas, em termos de projetos específicos, face às demandas do fenômeno saúde-enfermidade (2).

Vários ângulos podem ser considerados na análise do arcabouço da interdisciplinaridade:

- os objetos, incluindo disciplinas, temas de estudo e material de apoio;

¹ Versão preliminar deste trabalho foi apresentada na reunião sobre Ciências Sociais e Biológicas no Curso Médico: Enfoque Interdisciplinar. Promoção da Associação Brasileira de Educação Médica e da Organização Panamericana de Saúde. Brasília, 26 a 28 de julho, 1989.

² Professor Adjunto, Universidade de Brasília, C.P. 15-3031-70910 Brasília, DF, Brasil.

- relações do enfoque, quanto a necessidades, propósitos e métodos;
- os benefícios e efeitos adversos;
- os agentes do processo, abrangendo docentes, estudantes e administradores;
- a base afetiva, referente aos sentimentos e emoções associados à adoção dessa estratégia por seus agentes.

No presente trabalho, todavia, o exame do enfoque interdisciplinar se concentra em três aspectos:

- Propósitos e benefícios, à vista das dimensões da competência profissional delineadas na formação médica;
- Elementos da metodologia de integração interdisciplinar, para exemplificar as relações na construção do processo educativo;
- Condicionamentos do perfil da escola médica e suas implicações para as possibilidades de avanço, ou declínio da interdisciplinaridade, conforme ilustrado no caso do histórico do curso de Medicina da Universidade de Brasília (3).

A análise do autor se baseia na própria vivência de participação, no processo de inovação curricular desencadeado nessa instituição — de que resultaram algumas apreciações críticas (3, 4) — bem como nas concepções de vários educadores, sobre os métodos para articular os problemas de saúde e as funções profissionais no contexto dos estudos e atividades da formação médica.

PROPÓSITOS E BENEFÍCIOS NA BUSCA DA ADEQUAÇÃO

O enfoque interdisciplinar visa, ao menos, à organização integrada do conhecimento no processo de ensino-aprendizagem ensejando a ampliação do repertório mental do aprendiz mediante associações pertinentes. Suas vantagens, em termos de estratégia educativa na formação básica, se estendem desde a evidenciação da interrelação entre as disciplinas e o aumento da eficácia do ensino até a motivação do estudante e o encorajamento do desenvolvimento dos objetivos de aplicação do conhecimento e solução de problemas (5).

Os propósitos e benefícios dessa estratégia devem ser considerados em função de necessidades percebidas em relação aos conculintes. Tais necessidades podem ser traduzidas em termos de características das dimensões da competência para o desempenho em serviço. Três dimensões são assim identificadas (6, 7):

□ Tipos de situação confrontada nos diferentes ambientes de atendimento, que expressam necessidades e demandas em níveis individual e coletivo. Essas situações de prática caracterizam os temas (problemas, assuntos e objetos de estudo) para o enfoque interdisciplinar, conforme prioridade a ser estabelecida por critérios de valor intrínseco do conteúdo e de contribuição para o alcance de objetivos curriculares, entre outros.

□ Funções potenciais — que subentendem atividades e tarefas específicas realizadas pelo profissional ao lidar com as situações-problema. O espectro dessas funções genéricas abrange: a provisão e cuidados de cura e reabilitação; a provisão de cuidados preventivos; a comunicação com os colegas e o público sobre bens ou serviços vinculados à profissão; o treinamento de pessoal auxiliar; a cooperação com outros profissionais/serviços em prol do bem coletivo; a promoção de autocuidados junto aos clientes/usuários dos serviços de saúde; a participação em pesquisas; a auto-avaliação das atividades e o desenvolvimento continuado do preparo profissional (8).

□ Elementos subjacentes, ou de preparação, inerentes ao exercício das funções, atividades e tarefas profissionais, quais sejam: conhecimento/compreensão, habilidades e pensamento criativo, habilidades práticas e atitudes, valores e atributos de expressão interpessoal.

Para que a utilização do enfoque interdisciplinar resulte no desenvolvimento de tal visão de competência, os parâmetros dessa estratégia devem ser ajustados, quanto ao teor das unidades programáticas ou curriculares, à compatibilidade profissional das tarefas em que os estudantes são engajados e à versatilidade dos elementos de preparação induzidos pelo processo educativo.

Para exemplificar: problemas típicos — que representem facetas marcantes do fenômeno saúde-enfermidade (aos níveis de moléculas, células, órgãos/aparelhos, pessoas, grupos/famílias, organizações/segmentos sociais e sociedade) — podem servir prioritariamente como bases temáticas para a estratégia de integração interdisciplinar. A matriz constituída pelo cruzamento dos problemas típicos com as correspondentes atividades profissionais, ajuda a demarcar unidades curriculares e a definir os elementos de preparação referidos, que são componentes dos objetivos específicos de tais unidades (6). O estudo e a prática desenvolvidos nessas unidades propiciariam aos estudantes oportunidades para ensaiar atividades pertinentes ao perfil profissional.

Por certo, no enfoque disciplinar da formação biomédica convencional, os elementos de preparação prioritários são os conhecimentos per se, que são ministrados de forma unidirecional e dissociada entre si, sem correspondência com sua incorporação em funções e atividades profissionais, ou com a aplicação na resolução de problemas de saúde.

METODOLOGIA DA INTEGRAÇÃO INTERDISCIPLINAR

Que processos são realçados na estratégia de integração interdisciplinar? No sentido amplo, tal integração se desdobra em diferentes métodos que podem ser analisados segundo seis parâmetros:

- âmbito da integração;
- ambiente da aprendizagem;
- processos mentais envolvidos;
- papel atribuído aos estudantes;
- direção do processo de integração e
- tempo de iniciação do enfoque integrativo (9).

Em princípio, as combinações desses elementos proporcionam enorme variedade de opções. Contudo, o exame integral do fenômeno saúde-enfermidade implica alguns direcionamentos, vistos a seguir.

O âmbito da integração decorre dos temas de estudo escolhidos — por exemplo, problemas de saúde selecionados por critérios de prevalência, potencial mórbido e responsividade às ações de saúde — a partir dos quais se definem interrelações de múltiplas disciplinas. Um dado tema — consumo de bebida alcoólica — apreendido como objeto de estudo nas dimensões biológica e social (facetas do fenômeno saúde-enfermidade) pode concentrar conhecimentos interdisciplinares em níveis básico e aplicado, bem como individual e coletivo.

O desenvolvimento do ensino-aprendizagem em ambientes da vida real passa a ter precedência, para atender a essa visão integrativa. Para ilustrar: a situação real — em ambiente de domicílio, unidade de vizinhança, fábrica ou agência de saúde — poderia ser o cenário de abertura e de fechamento de cada estudo temático, para facilitar a apreensão concreta dos problemas prioritários. Exercícios e estudos subsequentes, em diferentes níveis de simulação, contribuiriam para induzir a compreensão simbólica (analítica/sintética) das noções, atitudes e práticas envolvidas e para gerar opções de transformação (ação/reflexão) sobre as situações-problemas vivenciadas pelo estudante.

O ciclo vivencial da aprendizagem, iniciado pela apreensão concreta do tema na situação real, deve conduzir ao aprendizado global, isto é, que ative os diferentes elementos de preparação já citados, e não apenas promova a profundidade de conhecimentos de assuntos específicos. A oportunidade de prática, na situação de serviço mais apropriada a cada tema, é uma decorrência natural do fechamento do ciclo de aprendizagem e contribui para consolidar ações, decisões e julgamentos contidos no perfil de funções e atividades ensaiadas pelo aprendiz.

□ Nessa visão, a indução do papel ativo do estudante é essencial ao processo de integração das disciplinas, no desdobramento das unidades curriculares. Em particular, os diversos tipos de aprendizagem baseada em resolução de problemas contribuem para aumentar a motivação e a participação ativa, além de incrementar as habilidades intelectuais dos estudantes (10). Em contrapartida, cabe aos docentes assumir uma função mais tutorial no desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem (11).

Assim, o incremento de habilidades de estudo autodirigido, de aprendizagem cooperativa entre colegas, de crítica e autocrítica, constitui-se em fator crucial para o progresso dos alunos numa estratégia educativa mais centrada no aprendiz. Esse aspecto ganha realce quando se delinea o perfil educacional do futuro médico (12).

□ As indicações anteriores apontam, naturalmente, para a integração em direções horizontal e vertical (sincrônica e diacrônica). Simultaneidade e elaboração seqüencial da aprendizagem interdisciplinar se conjugam, portanto, na progressão das unidades curriculares, sobretudo na imbricação de conteúdos básicos e clínicos dos estudos e atividades (5).

□ Finalmente, convém que a metodologia de integração interdisciplinar seja introduzida bem cedo no curso de estudos e atividades, para que se estabeleça, de início, o sistema da vivência educativa. No entanto, deve-se oferecer aos estudantes a opção de cursar matérias básicas, biológicas ou sociais em disciplinas de caráter introdutório. Essa possibilidade atende a dois critérios: propiciar oportunidade de aquisição de vocabulário e de iniciação na estrutura (substantiva e sintática) da disciplina visada, o despertar vocacional e interesse para os vários campos das ciências biomédicas e sociais (9).

POTENCIAL PARA INTEGRAÇÃO INTERDISCIPLINAR

Que condições interferem na adoção ou manutenção do enfoque interdisciplinar? Análises recentes do processo de inovação no campo da educação médica têm contribuído para a identificação de fatores que restringem, ou favorecem, mudanças qualitativas no processo educativo. Numa primeira aproximação, tais análises ajudam a reinterpretar estudos empíricos de experiências concretas de renovação curricular. O caso do enfoque interdisciplinar no curso de Medicina da Universidade de Brasília serve para ilustrar esses comentários (3, 4).

Nesse curso, o ensino pré-clínico, de caráter interdisciplinar, foi organizado com base temática em órgãos/aparelhos que definiam

uma seqüência estruturada de unidades curriculares denominadas “bloco”. Na maioria dessas unidades, o âmbito da integração abrangia apenas as disciplinas biomédicas básicas, e o ambiente de ensino-aprendizagem se restringia à sala de aula e ao laboratório multidisciplinar; a ênfase da integração, sob o ponto de vista do processo de ensino-aprendizagem, residia no elemento do conhecimento/compreensão de fatos, princípios e noções, aplicados aos órgãos e aparelhos (3, 13).

Entretanto a incorporação do enfoque de aprendizagem baseada em resolução de problemas, numa das unidades curriculares do curso, estendeu significativamente o âmbito da integração, o papel dos alunos na integração e a abrangência dos processos de aprendizagem envolvidos, nos domínios cognitivo e afetivo. Na percepção dos estudantes, a adoção desse método de integração aumentou expressivamente o valor e o significado pessoal da vivência de aprendizagem (14).

Numa análise de cunho institucional é possível relacionar o declínio, ou avanço, na estratégia de integração interdisciplinar com atributos do perfil do ensino médico nessa Universidade. A interdisciplinaridade, como forma de organização do conhecimento, é um atributo da categoria de estrutura, segundo o instrumento de análise prospectiva da educação médica apresentado por Ferreira e colegas (15). Parece lógica, e provável, a interdependência desse atributo com outros da mesma ou de distintas categorias (contexto, função e integridade), descritas no mencionado instrumento.

Nesse sentido, uma apreciação retrospectiva (estudos do autor, em andamento) das tendências observadas na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília/UnB nos últimos anos, sugere interrelações entre as mudanças no atributo de interdisciplinaridade e a situação dos seguintes atributos do perfil do ensino médico nessa Escola:

Flexibilidade e integração

No caso deste atributo, os efeitos decorreram, principalmente, do papel dos mecanismos cooperativos de integração, limitados à coordenação incipiente, em termos de planejamento, supervisão e avaliação, do colegiado multiprofissional das carreiras da saúde existentes na instituição.

Desenvolvimento educativo

A tendência de avanço ou regressão do enfoque interdisciplinar esteve associada às fases, positivas ou negativas, de desenvolvi-

mento do processo educativo em si e da produção de material para sustentar as unidades temáticas do currículo.

Orientação pedagógica

A tendência de avanço no nível de integração interdisciplinar esteve relacionada com o nível de progresso nos indicadores do atributo de orientação pedagógica. Em especial, poucos docentes assimilaram a função tutorial requerida na transformação do ambiente educativo em decorrência das estratégias inovadoras.

Conteúdo programático

Observou-se que as percepções dos estudantes quanto aos níveis do valor e do significado da vivência de aprendizagem, mostraram relação direta com a ênfase atribuída, comparativamente, ao aprendizado global (conhecimento/compreensão, resolução de problemas, habilidades práticas, atitudes e valores de caráter profissional) nas diversas unidades curriculares do ensino pré-clínico.

Análise da situação

Deficiências quanto ao diagnóstico de saúde da população na região da Escola prejudicaram a identificação de problemas prioritários, que serviriam de base às unidades curriculares.

Em suma, indicadores de vários atributos de perfil institucional contribuem, em seus efeitos dinâmicos, para explicar o histórico do declínio da adesão ao enfoque de interdisciplinaridade no curso de Medicina de UnB, o que levou ao retorno do enfoque disciplinar convencional na atual reformulação curricular, conforme comunicação apresentada no XXVII Congresso Brasileiro de Educação Médica, em 1989.

Diante dos possíveis impedimentos, que sentido tem, na conjuntura atual, o esforço pelo fortalecimento da interdisciplinaridade na formação médica? Antes de concluir, convém retomar alguns pontos.

COMENTÁRIOS FINAIS

Vale realçar que a interdisciplinaridade não é um instrumento para abolir os limites da estrutura disciplinar do saber. Implica, em

princípio, uma estratégia de organização do processo de ensino-aprendizagem e de consolidação do aprendizado, a partir da identificação de aspectos comuns a diferentes perspectivas, ou áreas de conhecimento, face a determinados temas de estudo e com propósitos que transcendem a própria estratégia, conforme consta da seção “Propósitos e benefícios na busca de adequação deste texto.

O significado transformador da estratégia vincula-se à natureza dos temas de estudo — as facetas marcantes do fenômeno saúde-enfermidade — que podem corresponder aos problemas prioritários, selecionados por critérios sócio-epidemiológicos e examinados pelos prismas de diferentes combinações das alternativas de foco educativo: básico ou aplicado, individual ou coletivo, e biológico ou social.

As dificuldades interpostas ao desenvolvimento desse enfoque são grandes, tanto nas condições do perfil atual da escola médica quanto no estabelecimento e na execução dos processos metodológicos, e mesmo no que concerne ao resultado da estratégia, em termos da delimitação do tipo de competência a ser alcançado.

A questão prática da delimitação de competência se subordina ao desafio das três opções e perfil do médico no graduação:

habilitação plena ou geral, que importe em capacidade para resolver satisfatoriamente a grande maioria dos problemas prioritários no nível primário de atendimento:

habilitação específica, que propicie preparo eletivo para exercício imediato numa dentre duas ou três das vertentes clínico-epidemiológicas da medicina geral:

habilitação indiferenciada ou formação geral, que assegure capacidade para seguir treinamento especializado numa das modalidades de carreira em Medicina.

O esforço em prol da interdisciplinaridade tem, portanto, um alcance maior do que a simples renovação da estratégia educativa. Para que valha a pena, deve estar apoiado num processo de reestruturação institucional, baseado no desenvolvimento docente e vinculado ao compromisso da formação do médico com perfil adequado para atender, de modo eficaz e humano, às necessidades oriundas do fenômeno global de saúde-enfermidade.

RESUMO

A interdisciplinaridade é uma das estratégias potenciais para adequar o ensino médico às necessidades da sociedade. No trabalho, o autor define o que entende por interdisciplinaridade na formação básica

em Medicina, assim como analisa a integração interdisciplinar em relação a três aspectos: os resultados antecipados dessa estratégia, no tocante às dimensões de competência do concluinte; os elementos de aplicação da integração interdisciplinar e os fatores limitantes ao alcance do seu potencial na formação médica. O histórico da fase pré-clínica do curso de Medicina da Universidade de Brasília é usado como ilustração para inferências sobre os condicionamentos da adesão ao enfoque interdisciplinar.

SUMMARY

The author defines and analyses the concept of an interdisciplinary approach to basic medical education. Thereby, this educational strategy is examined in reference to three features: the expected outcomes with regard to the dimensions of competence of the graduate; the parameters of interdisciplinary integration; and the limiting factors for the development of interdisciplinarity in medical education. The case of pre-clinical teaching at the University of Brasilia is reviewed to illustrate comments on the conditionalities pending the adoption of the interdisciplinary approach.

AGRADECIMENTOS

À Representação da Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil pelo convite para apresentar este tema em Brasília (1).

REFERÊNCIAS

- 1 Associação Brasileira de Educação Médica. Ciências sociais e biológicas no curso médico: enfoque interdisciplinar. Série Documentos da ABEM, No. 12, 1989.
- 2 Organização Pan-Americana da Saúde. El conocimiento básico en la formación profesional. Consideraciones acerca de la articulación de lo biológico en su interacción con lo social. Washington, D.C. Documento mimeografado, sem data.
- 3 Sobral, D. T. The Medical School of the University of Brasilia. *Med Teach* 2:253-256, 1980.
- 4 Sobral, D. T. Três casos de inovação curricular no panorama recente (1964-1988) da educação médica brasileira: subsídios de um retrospecto baseado na revisão de documentos. Projeto EMA-Brasil. Documento mimeografado, 1988.
- 5 Harden, R. M., Sowden, S. e Dunn, W. R. Educational strategies in curriculum development: the SPICES model. *Med Educ* 18:284-297, 1984.
- 6 Burg, F. D., Lloyd, J. S. e Templeton, B. Competence in medicine. *Med Teach* 4:60-64, 1982.

- 7 Norman, G. R. Defining competence: a methodological review. *In: Assessing Clinical Competence*, V. R. Neufeld & G. R. Norman (eds). Nova Iorque, Springer, 1985. pp. 15-35.
- 8 Guilbert, J. J., Riccard, E. A. P. e Ritson, R. Integrating learning by objectives with relevance to the health needs of the community. *Med Educ* 21:505-511, 1987.
- 9 Benor, D. E. Interdisciplinary integration in medical education: theory and method. *Med Educ* 16:355-361, 1982.
- 10 Barrows, H. S. A taxonomy of problem-based learning methods. *Med Educ* 20:481-486, 1986.
- 11 Barrows, H. S. How to Design a Problem-Based Curriculum for the Pre-clinical Years. Nova Iorque, Springer, 1985. pp. 93-99.
- 12 Sobral, D. T. Learning the educator role: a course for medical students. *Med Ed* 23:70-76, 1989.
- 13 Sobral, D. T. Ensino integrado no pré-clínico: vale a pena? *Rev Bras Educ Med* 5:216-221, 1981.
- 14 Sobral, D. T. Integração disciplinar no ensino pré-clínico do aparelho digestivo: descrição e avaliação. *Rev Bras Educ Med* 7:137-143, 1983.
- 15 Ferreira, J. R., Coelho-Neto, A., Collado, C. B. *et al.* El analisis prospectivo de la educación médica en América Latina. *Educ Med Salud* 22:242-367, 1988.

PROBLEMS AND PROSPECTS FOR PHARMACEUTICAL EDUCATION IN THE AMERICAS¹

*Henri R. Manasse, Jr., Ph.D.*²

INTRODUCTION

I would like to express my gratitude and anticipation to this critical gathering of pharmaceutical educators and health specialists. Our gathering is timely, right and good. Hence, the success of this Conference, by whatever measure we might wish to quantify it, may be assured if we strive to fully comprehend and internalize its timeliness, its rightness and its goodness.

Our gathering is timely for several reasons. We are now only ten years away from the beginning of the next millennium—the year 2000. That is the year the World Health Organization (WHO) hopes to achieve its goal of “health for all.” Only a decade remains for the accomplishment of this ambitious international health goal. Formidable hurdles remain to be overcome toward the realization of health for all by the year 2000. Perhaps this Conference can stimulate pharmacy educators in the Americas to consider the relationship between their efforts and the health needs of our respective countries.

In no time in the history of civilization has there been the *means, knowledge* and *capacity* to diagnose, treat and further ameliorate disease. The available armamentarium of invasive and non-invasive treatment options is unparalleled in human history. We are now challenged to determine how we can mobilize this powerful capacity to meet the health needs of every citizen of our respective nations. Perhaps this Conference can serve as the basis by which pharmacy educators

¹ Presented to the American Association of Colleges of Pharmacy/ Pan American Health Organization Pharmacy Education Conference for the Americas. Miami, Florida, January 9–12, 1990.

² Professor and Dean, College of Pharmacy, University of Illinois at Chicago, Chicago, Illinois.

become engaged in the public policy decision processes that determine the shaping and distribution of health care resources.

This Conference may also be considered in the context of being good. One might analyze this precept from a philosophical point of view. That is, a good thing or an act that is good, is a behavior that focuses on betterment, whether individual or collective. We are here to consider the betterment of our daily work in pharmaceutical education as we prepare young people for careers in the service of mankind. We are also here to establish connections between ourselves and our respective institutions so that we might better our communications in the service of expanding our knowledge and capabilities.

As learned leaders in our discipline and as mentors for future care-givers, we bear certain responsibilities for establishing a moral standard for our work. It is right that we gather together for the purpose of seeking a better definition for our profession and its educational institutions as we consider their respective roles in our nations' systems of health care services. It is also right that we reinforce the notions imbedded in rationalizing the drug supply, rationalizing medicinal therapeutics and rationalizing the honorable relationship between the consumer of medicinal agents and the manufacturers, prescribers and dispensers of these agents.

My assignment is to address the problems and prospects of pharmaceutical education in the Americas as we look toward the future. In considering this remarkably vast topic, I am reminded of the writings of Wendell Bell and James Mau (*1*):

... more and more men find that their chief struggle is with themselves and other men, not with nature or the lack of technology, and because both the ends and means of life have been increasingly freed for conscious choice. This freedom has been made possible for many people in advanced societies by their securing the essentials and amenities of life and by advances in philosophy and science, including social science, that have reduced peoples' dependence upon superstition and fatalistic conceptions of the future.

As I contemplate the problems and prospects of pharmaceutical education, it is evident that we are at a point of making conscious choices in a time of highly-honed technology and scientific capacity. We do indeed in pharmaceutical education find ourselves in a struggle with ourselves and others over our mission, how we are to accomplish it and how we relate it to the macroscopic health challenges of our respective nations.

I would like to construct my thoughts about problems and prospects on several assumptions. These assumptions will serve as the broad foundations upon which I will present several areas of problems

and prospects in pharmaceutical education. While I will treat them as four separate points, they are each inter-related and inextricably linked.

PHARMACEUTICAL EDUCATION IS A SOCIAL GOOD

Like the electrical supply and the postal service, the provision of pharmaceutical education enhances the good of a society. It brings together the learned and aspiring professionals to commonly explore knowledge and its applications to the ultimate good of the patient. Pharmaceutical education is a critical health manpower supply agent in a nation and hence its social goodness centers on providing the society with professionals who possess skills and talents required in the society. Moreover, many individuals in the "system" of pharmaceutical education create new knowledge and hence advance the capacity of a society to effectively deal with new problems.

SOCIAL AND ETHICAL DIMENSIONS TO DRUG DEVELOPMENT AND DRUG UTILIZATION

The curricular content of pharmaceutical education centers on a broad array of sub-disciplinary areas, all of which focus on medicinal agents. These agents affect life processes and therefore they touch the very soul of a society and its respective cultures. The roles and job functions of pharmacists are defined by the social construction of drug discovery, drug distribution and drug utilization. Therefore, the meaning of pharmacy as a profession or the meaning of the work of pharmacists has a consequential social underpinning. Codes of behavior, either formally or informally constructed, exist within societies to circumscribe the boundaries of pharmaceutical development and drug utilization.

THE ARMAMENTARIUM OF AVAILABLE PHARMACEUTICAL AGENTS WILL CONTINUE TO INCREASE IN VALUE, COMPLEXITY, COST AND OVERALL UTILITY

In the past 50 years, we have witnessed a world-wide and logarithmic expansion of pharmaceutical agents. Not only have the numbers of agents expanded widely but so too have their systems of delivery, their applications and their utility. There are no indications that the rate or the number of new drug introductions will be lessened

in the future. If anything, all indications are that expansion of the drug armamentarium is a given in the modern world. The promise of biotechnological applications to drug development coupled with expanded knowledge in the fundamental physical and biological sciences augurs for a more complex variety of pharmaceutical agents. Pricing strategies of the multinational and domestic pharmaceutical industry will certainly continue their previous patterns. Products of the biotechnology revolution are "breaking into" the market place at vastly higher prices than the more traditional drug entries.

THE USE OF PHARMACEUTICAL AGENTS IS GENERALLY A COST-EFFECTIVE AND COST-BENEFIT ALTERNATIVE TO OTHER FORMS OF TREATMENT

With the advent of safe and effective pharmaceutical agents, there has been a dramatic decrease in morbidities and mortality associated with a number of diseases. The need for invasive therapy or other forms of treatment has significantly dropped as a consequence of the introduction of pharmaceuticals. Several communicable diseases have been eradicated or at least substantially reduced in most parts of the world. These outcomes of pharmacological applications have come at a much lesser cost than other forms of treatment. Even more dramatic is the fact that without pharmaceutical agents, a number of diseases would not at all be treatable. These points clearly illustrate the utility and cost-effectiveness of pharmaceuticals when used appropriately. Pharmaceuticals, then, provide us with a rational choice for the application of present and future technology. Where alternative treatment options are not available, pharmaceuticals serve as the "mainstay" of treatment. Drugs are unequivocally essential.

In presenting my four foundational assumptions I have linked drug discovery, drug utilization, the social and ethical dimensions of pharmaceuticals and pharmaceutical education. I do not believe that we can uncouple these assumptions when we examine the problems and prospects of pharmaceutical education. Many of our problems, from my perspective, have come in fact consequent to discontinuities which may exist between the four assumptions I have put forward. Furthermore, our prospects for a better (and perhaps different) future will likely require a tighter linkage between the four assumptions.

I have chosen six major areas which, after discussion with colleagues in various parts of the world and following the literature, probably constitute the core of issues facing pharmaceutical educators. As I define and further describe each of these areas, I believe that you

will find them to be rather universal. They clearly cut across the spectrum of nations represented at this Conference. None of our nations and their respective institutions of pharmacy education have been immune from them to lesser or greater degrees.

The constellation of problems of pharmaceutical education, in the context of the aims and discussions of this Conference, consists of the following:

1. The essence and philosophy of education in pharmacy.
2. The relationship between pharmacy education and national health needs.
3. The content, process and outcomes of the pharmacy curriculum.
4. Socialization of students toward caring and social covenant.
5. Faculty commitments to national health needs versus self-interests.
6. The role and status of pharmacy education in the university and/or higher education.

Let us explore each of these areas by stating the problem and analyzing its impacts.

THE ESSENCE AND PHILOSOPHY OF EDUCATION IN PHARMACY

What is the true purpose of pharmaceutical education? What is the basis and reason for favoring educational programs in pharmacy? How are programs in pharmacy defined and how might they be characterized? These are primal questions related to the essence and philosophy of pharmaceutical education. I suppose that if I asked each of you to write a one paragraph statement on the essence and philosophy of pharmacy education, I would receive a greatly varied and diverse set of responses. And that is not surprising, since our philosophies derive from the context of our history, national directions and institutional constraints or opportunities. The responses would likely range from those who believe that pharmacy education's purpose is to prepare technicians for job assignments in the pharmaceutical industry to the preparation of individuals who can serve in primary care roles with an array of medications that can meet immediate human needs.

My point here is simple. I do not believe that a consistent and universal philosophical basis for pharmaceutical education truly exists. In most of our countries, the philosophy and essence of the respective pharmacy programs comes more from what may be contained in the curricula rather than from a consensus of forethought of the educators, professionals and policy makers.

The lack of a strong philosophical premise for our respective programs has been the root of many of the problems in the pharmacy education enterprise. For example, I do not believe that we have put the care of the patient at the center of our philosophy. If we had, then in my opinion, we would today have cultural credence and public respect for a more direct and autonomous role in patient care. In our effort to “be all things to all people”, we have diluted our philosophical premises to such an extent that an identifiable essence and philosophy for our being is not very clear. That is a difficult, but yet clear, problem of pharmacy education in the contemporary world.

THE RELATIONSHIP BETWEEN PHARMACY EDUCATION AND NATIONAL HEALTH NEEDS

In defining this problem, I am making the assumption that a relationship *should* exist between the purposes and outcomes of pharmacy education and the health needs of our respective nations. I am also making the assumption that pharmacy educators, irrespective of their country of origin, make careful and deliberate analysis of the drug related health care needs of their nations in order to determine the “best fit”. In reality, I believe I am making several strong assumptions which may be idealistically correct, but in fact do not exist.

Evans, Hall and Warford clearly state the problem from a different perspective (2):

The most widely used technologies in health are drugs and vaccines. Shortages of supplies and failure to provide for the timely distribution of drugs and vaccines are serious problems that must be overcome for an effective health program. In looking toward the future, however, the problems may be excessive and irrational use of drugs and unsustainable costs to the health system. Patients who consult health personnel expect to receive a prescription or, in some cultures, an injection. As access to health services broadens with the implementation of primary health care programs, a rapid increase in the consumption of drugs may be expected. . . The importance of drugs to the quality of health care, to the credibility of community health workers, to the development of iatrogenic disease and to the cost of health services makes it imperative that developing countries establish better mechanisms for assessing drug requirements and for purchasing, quality control, storage, and distribution of drugs.

These are serious imperatives for the management of the drug supply in any nation. But to what extent is our pharmacy manpower force being educated for and utilized in meeting such critical

health system needs? In the United States, at least fifty percent of the work effort of American pharmacists can be effectively handled by non-pharmacists and therefore the time of pharmacists better spent on dealing with critical health needs. Similar statements may be made about the use of pharmacists in other nations. Can you imagine the impact that pharmacists, functioning as primary health care workers, could have on managing and implementing the use of the drug supply in some critical health problem areas in the Americas?

Mahler (3) makes an assertion that is applicable here:

For health services to be accessible to all people, personnel were clearly needed everywhere that people lived—total population coverage had to be the goal; this meant far more training and use of health auxiliaries and other health personnel; their work had to be coordinated in health teams. To expect the required types and numbers of personnel to be produced, for coverage and efficiency, required sound planning. The attitudes and competencies of health manpower had to be relevant to the real problems of the people, if their services were to be effective; this demanded teaching content and methods very different from conventional patterns. Planning health manpower in reasonable quality and numbers would result in appropriate training programmes only if there was proper integration between the entities responsible for health services and those responsible for health manpower development. . . All of them could be achieved only with enormous effort, and often by overcoming many types of opposition.

Where indeed would our pharmacy programs and our graduates be if the words of Dr. Mahler were applied in our respective countries?

THE CONTENT, PROCESS AND OUTCOMES OF THE PHARMACY CURRICULUM

In exploring the basis of the pharmacy curriculum, we extend the logic of the arguments that have been presented in the previous two problem areas. Without a clear philosophical premise, without a tight integration of our pharmacy programs with the health needs of the nation, can the issues of curricular content, process and outcomes be any less problematic?

Curricular content in the pharmacy programs located in the Region continue a strong commitment to the traditional subjects of pharmacognosy, medicinal chemistry, industrial pharmacy and pharmaceuticals. Lesser commitments exist in the biomedical sciences (eg., pathology and physiology), clinical therapeutics, social and behavioral

sciences and clinical pharmacokinetics. In many respects, the pharmacy programs suffer from the malady expressed by Koch-Weser (4):

Too often "curricula" of medical and other health professional schools are shaped by their faculties according to traditional academic standards and without concern to the real needs and demands of the community in which their graduates will practice. Yet the final competencies in knowledge, skills and attitudes should be those which are required by the health delivery system. Therefore, it follows that in education and training for community service, the field practitioners must play a much greater role, in both the planning and implementation of training programs than they do at this time in most institutions.

This is a real issue in pharmacy education. One might argue that the need for a strong scientific basis in pharmacy education is a given. One might also argue that a comprehensive understanding of how and why drugs act as they do in real people is a given. But the curricular "distance" between these two arguments is substantial when one contemplates the knowledge necessary to be competent on both ends of these spectra.

Our educational process in pharmacy is largely passive, non-interactive and osmotic. Much of the instructional process utilizes lectures and huge amounts of content must be memorized and "spit back" on lengthy examination papers. Little attention in the instructional process is paid to problem-based learning or problem solving. Little dialogue occurs between student and teacher on the "gray fringe" of commonly accepted knowledge. Most of our students have little contact with the social or cultural issues of health and health care. Few students actually deal with ill patients in the context of applying their knowledge.

We know very little of the outcomes of our educational enterprise. Our schools have typically not been enriched by "departments of pharmacy education" or "pharmacy education research centers" such as those often found in schools of medicine. We have a sparse literature which documents the outcomes of pharmacy education.

A statement from the *Report on the Role and Function of Pharmacists in Health Care Systems in Europe* (5) is instructive here:

The extent of variability [of education] and the need for some uniformity is a source of concern, widely discussed and widely reflected in the European Community directives about pharmacy.

There is criticism of the way pharmacy is taught today in most European countries. The main objection that has been raised is that pharmacy schools equip people to be scientists rather than practicing pharmacists. . . Traditional pharmaceutical education does not fulfil the demands imposed by the changed

professional role. Pharmacists in community or hospital practice work closely with patients, and need training in clinical pharmacy and behavioural sciences. However, the pharmacist retains pre-eminent knowledge of how medicines are discovered, developed, manufactured and tested.

Another view of the outcomes of pharmacy education have been expressed by Gallagher (6):

In the more economically advanced developing countries pharmacy manpower and service patterns modelled on those of the industrialized countries satisfy largely demand for medicinal drugs, whether prescribed or not, from the better-off sections of urban populations, but the needs of whole populations for essential drugs and pharmaceutical services are not being met with regard to quantity, quality or efficacy. . . The functions for which pharmacy manpower have been trained (or can perform) or which they are performing may not be those that are needed, or may not include all that are needed, or may include functions which are contrary to, or in excess of, those that are needed or that a country can afford to support.

SOCIALIZATION OF STUDENTS TOWARD CARING AND SOCIAL COVENANT

Another problem area for pharmaceutical education centers on the socialization of our students. Simply stated, socialization is a sociological term that describes the process by which students come to accept, internalize and apply the values and attitudes of the profession for which they are being trained. Just as parents socialize their children or a school socializes its students on behalf of the society, so too does a profession and its educational institutions socialize their young professionals.

How they are socialized and to what ends they are socialized determines the nature of the profession, at least insofar as its new recruits are concerned. The types of values students are taught with regard to their role and their responsibilities shape the direction of the profession. Furthermore, the process by which that socialization occurs is critical to the views and attitudes that new entrants into a profession will hold.

As a profession that holds itself out as a “caring”, “helping” or “health profession”, it is incumbent on pharmacy educators to identify, clarify and inculcate the values held in these behavioral labels. I am not confident that our educational programs spend much time on these matters. While we speak much of ethics and law, I do not believe

that as educators we clearly see our role as “socializers.” But our absence in its process makes a clear statement to students.

If we do not speak of caring and its sociological, psychological and anthropological implications in our respective curricula, then how can we expect our graduates to be caring professionals except by “hit or miss?”. Hepler and Strand (7) propose and define a notion of *pharmaceutical care* that I find particularly attractive for our consideration. They define such care as follows:

The responsible provision of drug therapy for the purpose of achieving definite outcomes that improve a patient's quality of life. These outcomes are: 1) cure of disease, 2) elimination or reduction of a patient's symptomatology, 3) arresting or slowing of a disease process, and 4) preventing a disease or symptomatology.

Caring in this definition denotes specific application of knowledge and skills to the betterment of the patient. It is at once a notion that requires generous application of skills to affect another human being's quality of life. Caring is not a skill that is inherent or embedded in the genetic code. It must be cultured and sustained. In short it must be a part of the socialization of pharmacy students. As important as I believe professional socialization to be, pharmacy education still has a long path to follow for the appropriate socialization of our students to their caring role and their commitment to the social covenant of professional responsibility.

FACULTY COMMITMENTS TO HEALTH NEEDS VERSUS THE NEEDS OF SELF

Our next problem extends as well from those I have previously elucidated. This problem extends to the direction of commitment of our respective members of the pharmacy faculty. I raise here the perpetual problem of balance between teaching and research commitments. I would also raise the perennial problem of balance between commitment to the health needs of the nation and commitments to self. These are problematic areas, which after many years and forums of discussion, are likely no closer to resolution.

In some instances the rewards that we provide to our faculty members drive how their commitments are shaped. In most of the American universities for example, the numbers of published papers and amounts of externally awarded research funds drive the reward system (eg., space, resources, salaries). Few of our pharmacy faculty members are rewarded for their excellence in teaching, their impact

on young students aspiring to excel in pharmacy or the influence they have on the thinking within the profession. It is therefore not surprising that imbalances exist.

But we should examine our historical precepts against the needs of the contemporary society and greater world. As resources become more scarce and as our countries call for greater accountabilities from the universities, then a better balance in commitments and reward structures will follow close behind.

THE STATUS OF PHARMACY EDUCATION IN THE UNIVERSITY

It is likely "safe" to say that the status and recognition of our respective pharmacy programs in our parent Universities or University departments are as varied as our philosophies of pharmacy education. In the countries of the Region, pharmacy programs range from subdivision status in Departments of Chemistry and Biochemistry to free-standing schools or colleges not associated with a parent University. Within this range of organizational configurations, there is likely an equally varied range of status with regard to number of faculty members, quality and credentials of the faculty and financial support for implementation of the pharmacy program. We will also find tremendous diversity in the content, length and degree status of the programs offered.

Some would argue that such diversity is inherently good, that it reflects the diverse nature of our nations and their needs, that it should be maintained to respect the sovereignty of faculty, institutions and nations. These are compelling arguments.

But what are the negative aspects of diversity and plurality? I have previously referenced a strongly evident phenomena in pharmacy education; that being, in our desire to be "all things to all people and for all people" we have diluted and unfocused our philosophy, mission and outcomes. In so doing, I am not surprised that Ministers of Health do not understand nor appreciate our contributions to the health needs of the nation. I am also not surprised that pharmacy as a profession or pharmacy educators are not considered important parties to public policy debate on matters of critical health concerns (8).

The size, quality and influence of our respective faculties are generally overshadowed by the size, quality and influence of the Medical Faculty. In that sense, we suffer from a strong dilution factor in our respective institutions. This same dilution factor is extended to the broader society. In short, we are grossly overpowered in numbers by physicians and nurses.

It is therefore incumbent on us in pharmacy education and the pharmacy profession to make the greatest impacts with the fewest people. In my view this represents a significant challenge to all of us. It will likely require a new visibility and strategy that centers on advancing the knowledge in pharmaceutical science and practice to better patient care in our respective nations.

Having spoken of six major problem areas, I would now like to spend the remainder of my presentation to you focusing on the prospects for the future. In so doing, I would ask you to keep my foundational assumptions in mind. I would also request that you consider the six problem areas as we speak of future prospects.

As I consider the prospects of pharmacy education toward the future, I am reminded of W.H. Auden's description of the passing of the haves and the have nots in the night in "Musee des Beaux Arts" (9).

About suffering they were never wrong,
The Old Masters; how well they understood
Its human position; how it takes place
While someone else is eating or opening a window
or just walking dully along. . .
They never forgot
That even the dreadful martyrdom must run its course
Anyhow in a corner, some untidy spot
Where the dogs go on with their doggy life,
and the torturer's horse
Scratches its innocent behind on a tree.

We might, like the passing of the haves and have-nots, choose as pharmacy educators to go our merry way and "do our thing" as we have defined it and simultaneously let our respective health care systems go in its directions without us. The torturer's horse will continue to scratch while dreadful martyrdom runs its course.

But our future can be and should be brighter than that. And we in pharmacy education can assure a future brighter than our past if we diligently work to assure it.

I am buoyed by the fact that pharmaceutical agents are absolutely essential for the achievement of the health for all goal for the year 2000. I strongly believe that and I sense that you share that belief with me. In that scenario, pharmacy education can play a critical part in preparing young people for a significant role in all aspects of the drug use process. We can measurably enhance the social good of our respective programs by critically examining the role of drugs in the achievement of the "health for all" goal. While I am cognizant of the numerous issues that surround the availability and distribution of es-

sential drugs, I am equally cognizant of the "value-added" role that pharmacy educators can play in dealing with these issues (10).

Our respective nations are also in dire need of primary care, community-based care-givers that have an expertise in the appropriate and rational use of drugs. In that sense, we have an opportunity to work with our Ministries or Departments of Health in placing pharmacists in critical health manpower shortage areas for primary care roles. The latter can be best carried out within a team framework which might include physicians and nurses. Provision of essential drugs including participation in immunization and vaccination programs is an easily adopted role for appropriately educated and trained pharmacy personnel. Such a move will require a political will not only on the part of our governments but perhaps more importantly, on the part of our faculties.

Several key examples of systematic and effective drug distribution systems have been described in the literature (11). However, we need an expansion of such demonstration and pilot projects to a greater variety of areas and terrains. The brain power of our faculties coupled with the infrastructural support of government agencies and private enterprise can go far to extend such drug distribution systems to a broader base of needy patients. The World Health Organization defines critical elements in such systems to include pharmaceutical aspects, clinical aspects and educational aspects (12). Each of these areas are embedded in the talents of our pharmacy programs through its faculty members, adjunct staff and relationships with practitioners and the pharmaceutical industry.

Pharmacy educators and their respective institutions also have the prospect of being the focusing point for rational drug use. In furthering this notion, I would point you to the criteria for rational drug use presented at the Conference of Experts on the Rational Use of Drugs in Nairobi (13).

The rational use of drugs demands that the appropriate drug be prescribed, that it be available at the right time at a price people can afford, that it be dispensed correctly, and that it be taken in the right dose at the right intervals and for the right length of time. The appropriate drug must be effective, and of acceptable quality and safety.

This is a formidable task if indeed it is to be applied to the caring of each of our nation's patients. It will give pharmacy educators opportunities to form caring partnerships and alliances with the professions of nursing and medicine. The American experience in clinical pharmacy comforts me in knowing that these alliances can be realistically

achieved. But their achievement will rest on the knowledge and talents that pharmacists "bring to the table."

Pharmacy educators also have exciting prospects in the development and implementation of therapeutic outcome standards and their respective indicators. We have long-standing experience in the quality assurance aspects of drug product development and manufacturing. Much of our programs have historically been directed toward the creation of purity and quality standards for national compendia of drug standards. Can we not apply these same commitments of time and talent to establishing standards for pharmaceutical usage and clinical outcome assurance?

The several prospect areas that I have heretofore presented may require a new and different outlook of pharmacy educators and governmental program administrators present in this audience. But that difference, in my view, is timely in a period when large scale drug production is a reality, when critical choices need to be made about resource allocation, when effective and efficient use of scarce health manpower needs to be accomplished and when formidable health care challenges still face us. My point simply is that pharmacy education can contribute to the health needs of a nation when it is properly focused. And when its faculty desire to affect the national policies and programs in health care.

CONCLUSIONS

Walter Benjamin recently wrote in the *New England Journal of Medicine* of the forces "destroying" the medical profession. His concluding admonishment is relevant to us in pharmacy (14):

A profession that wants to retain as much autonomy and collegiality as possible should settle its internal problems with dispatch.

The profession of pharmacy and the educational systems and structures that support it have many internal problems that cry out for resolution. And they need to be analyzed and dealt with in an expedient fashion.

I have attempted to outline several of our problem areas in the realm of pharmacy education. Following, I have described several areas in which pharmacy educators can become intimately involved for the purpose of bettering the health status of our nations through the rational distribution and use of medicinal agents.

These are issues of global and universal problem and prospect. Perhaps this Conference can serve as a more global focal point for further discussion and planning. At the least, perhaps our efforts

can become more integrated into the planning of the Pan American Health Organization and the World Health Organization as these agencies work with each of our nations.

The last weeks of 1989 witnessed remarkable and heretofore unthinkable acts of courage and vision on the parts of people and governments. Removing the tangible barriers of peace and goodwill and celebrating a common bond at the Brandenburg Gate should serve as a prime symbol for our continued working together. Pharmacy educators have boundless opportunities to bring prescribers, patients and pharmaceuticals together for common understanding and purpose. It is my sincere hope that we may together, in the Americas, shape that linkage and push back the frontiers of that relationship.

REFERENCES

- 1 Bell, W. and Mau, J. A. Images of the Future: Theory and Research Strategies. *The Sociology of the Future*. New York, The Russell Sage Foundation, 1971, p.11.
- 2 Evans, J. R., Hall, K. L., and Warford, J. Health Care in the Developing World: Problems of Scarcity and Choice. *N Engl J Med.* 305:1117-1127, 1981.
- 3 Mahler, H. Foreword. In: Fulop, T. and Roemer, M. I., *International Development of Health Manpower Policy*. Geneva, World Health Organization, 1982.
- 4 Koch-Weser, D. Community-Based Education of the Health Professions in Latin America and the US. *Am J Public Health.* 77:412, 1987.
- 5 Report on the Role and Function of Pharmacists in Health Care Systems in Europe. Geneva, World Health Organization, 1988.
- 6 Gallagher, J. Balance and Imbalance in Pharmacy Manpower. Reference Paper to the XXth CIOMS Conference on Health Manpower Out of Balance: Conflicts and Prospects. Acapulco, Mexico, 1986.
- 7 Hepler, C. D. and Strand, L. M. Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care. Presented to the Pharmacy in the 21st Century Conference. Williamsburg, Virginia, 1989.
- 8 Blum, R. et al. (eds). *Pharmaceuticals and Health Policy: International Perspectives on Provision and Control of Medicines*. London, International Research Group for Drug Legislation and Programs, 1981.
- 9 Friedman, E. The Torturer's Horse. *JAMA* 261:1481-1482, 1989.
- 10 Reich, M. R. Essential Drugs: Economics and Politics in International Health. *Health Policy.* 8:39-57, 1987.
- 11 Melrose, D. *Bitter Pills: Medicines and the Third World Poor*. London, Oxfam, 1982.
- 12 The Use of Essential Drugs. *Technical Report Series* No. 770. Geneva, World Health Organization, 1988.
- 13 *The Rational Use of Drugs*. Report of the Conference of Experts (Nairobi). Geneva, World Health Organization, 1987.
- 14 Benjamin, W. W. Will Centrifugal Forces Destroy the Medical Profession? *N Engl J Med.* 321:1191-1192, 1989.

GRUPOS OPERATIVOS EN EDUCACION PARA LA SALUD: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL "A. ZATTI", VIEDMA, ARGENTINA

*Juan Carlos Paradiso*¹

INTRODUCCION

La Educación para la Salud (EPS) consiste en la aplicación de principios educativos con el propósito de mejorar las condiciones de salud de la comunidad. Desde el marco conceptual al que respondemos, educar no es simplemente informar, sino que es fundamentalmente promover cambios de conducta en la comunidad. A su vez el equipo de salud reacomoda permanentemente sus métodos, y aun sus objetivos, de acuerdo con las características de la población con la cual se trabaja.

Numerosas experiencias de trabajo de grupo han demostrado su eficacia en diversos ámbitos como instrumento para promover cambios de actitudes, por cuanto las vivencias compartidas, la continencia ejercida por el grupo, los fenómenos de emulación y otros factores que se ponen en juego en la dinámica de grupos, potencian auténticos cambios cualitativos en los participantes. En la presente comunicación se relata una experiencia que comenzó en la ciudad de Viedma con el objetivo de promover la salud en la población del área programática, aplicando la metodología de grupo operativo.

MARCO CONCEPTUAL

La introducción del concepto de EPS es relativamente reciente, reemplazando a la denominación previa de "educación sanitaria". El cambio de nombre pretendió simultáneamente dar cuenta de

¹ Director, Hospital Area Programa Viedma. Correspondencia: Zeballos 738 (2000), Rosario, Argentina.

un giro trascendente en el enfoque: de la “instrucción” —directiva— se debía entender a la educación como un proceso bidireccional; de la “información” se debía intentar generar un verdadero cambio de conducta en el sujeto del aprendizaje; de la prevención (que hace hincapié en los peligros concretos que acechan) se debía hacer hincapié en la promoción, es decir, buscar estímulos para una vida más plena, promoviendo hábitos sanos, de alimentación, vestido, actividad física, etc. Debe reconocerse que en realidad las cosas poco han cambiado, puesto que no solo suelen mantenerse los mismos métodos, sino que se sigue partiendo de las mismas concepciones.

Todavía en la actualidad prevalecen métodos que consisten en la enunciación de prescripciones o proscipciones, cuyo cumplimiento queda librado al criterio y responsabilidad individual de los destinatarios. Pero vamos más lejos al afirmar que muchas de las acciones llamadas de EPS conllevan un mensaje implícito —estamos tentados de decir “currículum oculto”— que tiende a la autojustificación del paradigma dominante, propaganda de las innovaciones tecnológicas, afirmación de la incumbencia profesional sobre determinadas áreas en disputa, difusión de las actividades de organizaciones públicas o privadas.

Al criticar este modelo de EPS que promueve la medicalización de la sociedad y la posibilidad de la “cura” limitada al sector profesional, estamos esbozando otra propuesta, dirigida a estimular la autorresponsabilidad de individuos, grupos y familias, rescatando el conocimiento y las tradiciones populares, el uso de tecnologías apropiadas, y en la base de todo esto la concepción del aprendizaje como apropiación crítica del saber. En esta propuesta la EPS es un proceso bidireccional, en donde el profesional o técnico de salud asume una posición más simétrica con respecto a la comunidad, acercándonos a la figura del “copensor” —sobre la cual pone énfasis la escuela de Pichon Riviere— y al grupo operativo como ámbito en donde puede desarrollarse una acción de estas características (1).

EXPERIENCIA EN UN GRUPO OPERATIVO DE HIPERTENSOS

La misma se desarrolló en el Hospital “A. Zatti” durante 1988. Previa difusión a través de medios de prensa locales, se logró reunir un grupo de aproximadamente 10 pacientes, incluidos algunos asistidos por el subsector privado y dos normotensos interesados en el tema. Todos los pacientes estaban bajo control profesional, y no habían presentado complicaciones de su enfermedad, siendo de reciente comienzo en algunos de ellos. Los dos normotensos que participaron del trabajo de grupo fueron una enfermera y una instructora de yoga, por lo cual

se les puede calificar de líderes comunitarios en salud. El grupo fluctuó entre ocho y 13 personas. Por las características del grupo, el trabajo estuvo centrado en acciones de promoción, prevención primaria y prevención secundaria. El grupo estuvo coordinado por el autor. En una de las reuniones se agregó un cardiólogo² lo cual permitió, además, vivenciar la tarea del coordinador diferenciada de la del profesional informante.

En la primera reunión se hizo una presentación de los objetivos y del encuadre. Se indicó que los objetivos eran los siguientes: contribuir al autoconocimiento de los pacientes, al conocimiento de su condición (hipertensión arterial) como posible desencadenante de enfermedad, sus riesgos, estrategias de prevención de sus complicaciones, conocimiento de las drogas usadas, mejor manejo y fundamentos de las indicaciones terapéuticas, y alcanzar una cierta independencia responsable. Asimismo, a través del trabajo de grupo, permitir la reflexión sobre ansiedades de los pacientes en relación con su salud, y específicamente con respecto a la hipertensión.

No se estableció desde el comienzo un sistema rígido, puesto que el programa formaba parte de un plan más amplio de EPS, y comprendía el abordar otras condiciones frecuentes. No obstante, y a pesar de completarse cuatro reuniones, el temario no se agotó, sino que parecía ampliarse a medida que transcurrían las reuniones. En total se efectuaron cuatro reuniones de 90 minutos de duración cada una.

En la primera reunión, luego de la presentación de objetivos y límites fijados, se pidió a cada uno de los participantes que hiciera su propia presentación y comentara sobre las circunstancias en las cuales se había detectado su enfermedad y las condiciones actuales del tratamiento y control. En reuniones sucesivas se fueron tratando diversos aspectos en respuesta a los objetivos propuestos, permitiendo expresamente el diálogo entre los participantes, lo cual se ejemplifica en la reproducción de un fragmento de una de las sesiones:

Participante 1: "Yo hace como dos meses que no me controlo . . . el médico me dijo que coma sin sal . . . y no puedo . . . ¿para qué voy a ir? ¿para que me eche?"

Coordinador: "¿Por qué come con sal? ¿se olvida o no tiene ganas? ¿no le gusta la comida o cuál es la razón?"

Participante 1: "La verdad . . . que no puedo dejar . . . no me aguanto la comida sin sal".

Coordinador: "¿Nunca le contó a su médico? ¿nunca le dijo que *no puede* comer sin sal?"

² El Dr. Daniel Calvagno colaboró como cardiólogo en el trabajo grupal.

- Participante 1: “No me animo . . . me va a creer un tipo poco serio . . . y si me reta tiene razón . . . para eso no venga más”.
- Participante 2: “¿Por qué lo va a retar? . . . ¿a quién le gusta comer sin sal? . . . o ¿cuántos cumplimos con todo lo que nos dicen? . . . mi médico no me reta . . . tampoco me prohíbe nada . . . me dice que la sal no hace bien . . . me dio una lista de comidas y me explica todo . . . pero la decisión está en mí . . . siempre me dice que le cuente la verdad”.
- Participante 3: “¡Más bien! . . . el cuerpo no es de él (del médico) . . . el cuerpo es tuyo ¿cómo te va a retar? . . . ¿o acaso nunca viste un médico que fuma? . . . pero a vos te prohíbe . . . y bueno . . . yo lo que le pido es que me diga, que me informe, todo lo que tenga importancia . . . y yo trato de cumplir lo mejor que puedo . . . pero si no puedo, no puedo . . . o si no quiero, no quiero.”
- Coordinador: “Es interesante lo que ustedes están diciendo. Parece que cada uno se siente de una manera diferente cuando está frente al médico . . . esto no les pasa solamente a ustedes . . . pasa siempre . . . algunos ven al médico allá arriba . . . como el tipo que tiene que dar órdenes o que nos va a retar donde vea que le *desobedecemos* . . . claro que si ven al médico así, seguro que les va a dar miedo . . . miedo de desobedecerlo (entre comillas) . . . miedo de contar la verdad . . . pero también puede pasar otra cosa . . . uno puede sentir que el médico es alguien que nos va a ayudar . . . que nos va a entender . . . quiero decir: algo como contaba el señor . . . que el médico les informe . . . les cuente lo que él sabe . . . pero que la decisión la tienen ustedes . . . y que no tiene por qué enojarse.”
- Coordinador: “Todos conocen las sales que pueden usarse en lugar de la sal común? (que son las que se llaman sustitutas de la sal)”.
- Participantes (varios): “Sí”.
- Participante 4: “Yo las conozco a todas . . . he probado casi todas pero no me gustan . . . tienen gusto a metal”.
- Participante 1: “Yo probé con el asado y no me gustó . . . la verdad es que no hay como un buen asado con sal”.
- Participante 4: “Bueno . . . pero la verdad es que hay muchas comidas que se pueden comer sin sal . . . con poca sal . . . o con la sal de apio . . . depende de qué comida sea . . . yo lo que hago es comer el asado con sal . . . pero me acon-

sejaron que ese día tome media pastilla más del diurético”.

En este breve relato de los diálogos sostenidos, se evidencia la posición del coordinador con respecto al grupo, con intervenciones breves no directivas. En reuniones subsiguientes, y tal como se había establecido en el enfoque acordado, se comenzaba con una síntesis del coordinador, en la cual además se aclaraban ciertos aspectos teóricos para información de los participantes. La experiencia de cada uno de ellos durante la semana, las vicisitudes del tratamiento y las cifras de control de la presión arterial eran rutinariamente evocadas, constituyendo en gran parte el punto de partida para el trabajo del día. En general no hubo inconvenientes para pasar del plano de lo explícito (información teórica y práctica sobre la hipertensión en cada caso considerado individualmente, incluyendo las relaciones de cada uno con su médico, e incluso tratando ocasionalmente cuestiones de la vida afectiva indirectamente vinculadas al tema de la hipertensión). La terminación de esta experiencia tuvo relación con la programación previa y el enfoque acordado, quedando la impresión de que un grupo de estas características puede tener un trabajo prolongado en el tiempo.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

La experiencia relatada en este trabajo puede tener consecuencias de interés en el campo de la salud, particularmente en el amplio espacio que requiere del concurso de la educación. No se necesita insistir en el hecho de que estas técnicas están poco difundidas en relación con sus posibilidades, especialmente en salud donde los grupos operativos son de reciente incorporación. Estas técnicas de grupo han mostrado su utilidad en situaciones tan diversas como el tratamiento de afecciones psicológicas, trastornos de aprendizaje, problemas de convivencia dentro de las instituciones, catástrofes o crisis, logro de mayor operatividad grupal o institucional, modificación de modalidades de vínculo o comunicación, promoción y prevención de la salud. Pampliego de Quiroga(2) destaca que la operación psicológica (que tiene que ver con la modalidad del coordinador en un grupo operativo) es un hecho nuevo en el campo de la salud, pues durante mucho tiempo la intervención se ajustó al modelo médico, donde el sujeto era siempre un “enfermo”.

Desde el marco teórico al cual respondemos, el coordinador se ubica dentro del grupo con el propósito de promover el autodescubrimiento (“insight” o darse cuenta), algo que nos parece tan antiguo que puede evocar la mayéutica de Sócrates, pero que a su vez es tan nuevo como para necesitar presentación y fundamentación, por la he-

gemonía del discurso tecnocrático. Las intervenciones del coordinador intentan generar una reflexión de parte de los participantes, así como plantear preguntas que dejen al descubierto ciertos aspectos de la problemática. El esfuerzo se centra en lograr que los propios integrantes del grupo operativo, a través de la visualización de sus conflictos, puedan interactuar en forma adecuada y se instrumenten para abordar adecuadamente las necesarias transformaciones en sus hábitos higiénico-dietéticos, como parte de su adaptación activa a la realidad.

Todos los participantes manifestaron su complacencia por el trabajo realizado, expresando que les había resultado útil en cuanto posibilitó un mejor conocimiento de sí mismos y de la enfermedad, y que les había resultado confortable y estimulante. Es fácil inferir que estos comentarios encierran una referencia a los fines explícitos e implícitos del trabajo de grupo. A pesar de la breve experiencia relatada, es válido afirmar que el trabajo en grupo operativo resulta factible, útil, que es un incentivo para el paciente y el profesional, que permite una mejor visualización de los conflictos subyacentes —no exteriorizados en la consulta común— y que probablemente favorezca un cambio de actitud del paciente hacia la enfermedad y en sus relaciones vinculares con el médico y otros integrantes del equipo de salud. Si bien esta experiencia está referida a pacientes con hipertensión arterial, proponemos el trabajo en grupos operativos en el caso de cualquier afección crónica cuyo curso sea factible de modificación a favor de un cambio en las condiciones de vida del paciente. Creemos que en tales casos los grupos pueden tener un funcionamiento prolongado, más allá de lo que constituyó nuestra propia experiencia.

Parece oportuno efectuar una enumeración de las situaciones en las cuales sería útil aplicar la técnica de grupo operativo en EPS, aun sin agotar todas las posibilidades. A criterio del autor interesan las siguientes:

- Promoción de la salud: en el trabajo de los agentes de salud con su coordinador, o de aquellos con la comunidad; en el trabajo del médico o asistentes sociales con pacientes; en tareas de “extensión” de las instituciones hospitalarias (por ejemplo, reuniones con clubes de madres, grupos de adolescentes⁽³⁾, clubes de servicio, previas a campañas masivas, etc. Es particularmente útil en la educación sexual⁽⁴⁾, en el trabajo interdisciplinario del servicio de salud mental con personal del sector de educación⁽⁵⁾, grupos de reflexión intrahospitalaria⁽⁶⁾, etc.
- Prevención: en numerosas afecciones crónicas se puede trabajar con grupos de pacientes en prevención secundaria (obesidad, diabetes, hipertensión arterial, reumatismos, abuso del

tabaco, alcoholismo, asma bronquial, afecciones gastrointestinales crónicas, etc.). En particular merece destacarse su uso en afecciones de tipo “psicosomático” y en aquellas que dependen de determinados hábitos higiénico-dietéticos (7).

- **Recuperación:** en todos los casos mencionados anteriormente, durante el tratamiento de la fase sintomática de la enfermedad o durante los períodos de reagudización, el equipo de salud puede emprender acciones que permitan a los pacientes el manejo personal de muchas de sus molestias, el conocimiento de cuáles son los problemas susceptibles de solución sin requerir consulta inmediata, o cuáles deben llevarlo a acudir al equipo de salud.
- **Rehabilitación:** en enfermedades crónicas invalidantes o que dejan secuelas. En estos casos es particularmente útil la asistencia psicológica, y los grupos pueden convertirse en psicoterapéuticos. Como ejemplos mencionaremos pacientes con secuelas neurológicas, discapacitados en general, algunos casos de dislalias, pacientes con SIDA, drogadictos, alcohólicos (con los cuales se realiza a la vez prevención de recaídas y rehabilitación en un sentido social), etc.

Cuando se comienza a trabajar con grupos, tanto en EPS como en otros campos, debe tenerse en cuenta que el rol de coordinador requiere del dominio de una técnica, fundamentada en un marco conceptual—que Pichon Riviere popularizó con la sigla ECRO³. El rol de coordinador es manifiestamente distinto al del profesional de la salud en su desempeño habitual, por cuanto requiere de una posición más simétrica con respecto a los sujetos (que no son siempre “pacientes” y menos aún “enfermos”). También se distingue del rol asistencialista clásico de los asistentes sociales (A.S.) que por otra parte se intenta modificar desde la misma profesión de A.S. La “didáctica de emergentes” en la cual se apoya la teoría de Pichon Riviere, está emparentada con la educación en libertad que nos evoca el educador Paulo Freire, y que en última instancia nos remite a una noción de hombre que lo coloca como protagonista de su propio destino.

³ El ECRO (Esquema Conceptual Referencial y Operativo) es definido como “un conjunto organizado de nociones y conceptos teóricos, referidos a un sector de lo real, a un universo del discurso, que permite una aproximación instrumental al objeto particular concreto”. Por definición, este marco teórico nos permite “operar” sobre la realidad, es decir transformar creativamente el medio. La psicología social de Pichon Riviere tiene como objeto de estudio la relación entre individuos, grupos y sociedad. Así como el vínculo es el objeto de esta disciplina, su campo operacional privilegiado es el pequeño grupo. Un grupo centrado en la tarea es llamado “operativo”. Se puede profundizar acerca de la teoría en algunos de los trabajos citados (1,2).

REFERENCIAS

- 1 Pichon Riviere, E. y Pampliego de Quiroga, A. Aportaciones a la didáctica de la psicología social. En E. Pichon Riviere, *El proceso grupal*. Buenos Aires, Ed. N. Visión, 1975, p. 203.
- 2 Pampliego de Quiroga, A. Operación y actitud psicológica. Publicación de la Escuela Privada de Psicología Social "E. Pichon Riviere". Buenos Aires, Argentina, 1984. Documento mimeografiado.
- 3 Tuda, A.M. *et al.* Consultorio de adolescentes embarazadas. Experiencia piloto Viedma. Hospital "A. Zatti" Viedma, Argentina, 1988. Documento mimeografiado.
- 4 Palao, D.S. Estrategias para un abordaje constructivista en educación para la salud. Propuesta para la II Teleconferencia Panamericana sobre SIDA. OPS/OMS, 1987.
- 5 Toth, J.C., Hall, M. y Cohen, H. Programa de implementación de grupos operativo-institucionales de salud y educación. *Cuadernos médico-sociales* (CESS, Rosario) No.43:69-75, 1988.
- 6 Cornaglia, C.L.M. De la institución yatrógena a la institución terapéutica. Una propuesta cualitativa para las instituciones de salud mental. *Temas de Psicología Social* No.7: 15-24, 1985, Argentina.
- 7 Paradiso, J.C. Prevención del cáncer. *Revista Latinoamericana de Oncología Clínica*, Vol.16, pp.5-34, 1984.

EVALUACION DE LA CORRESPONSABILIDAD PROFESIONAL OPERATIVA

Enrique Aguirre Huacuja¹, Marta Foglia López², Oscar Fierro Ayala³ y José Gracia Ramírez³

INTRODUCCION

Son múltiples las vertientes a partir de las cuales se ha abordado y condicionado la problemática de salud, bien a nivel mundial, bien en un país o región en particular.

Una de estas vertientes, de capital importancia, corresponde a las instituciones responsables de la formación y orientación de los recursos humanos para la salud.

Por ello, en la impostergable necesidad de confrontar en óptimas condiciones dicha problemática, es lógico que los esfuerzos dedicados a la búsqueda de soluciones se orienten hacia lograr el objetivo común de elevar el nivel de salud del individuo y la comunidad.

Una directriz, de relevante trascendencia para dicho objetivo, por su orientación y viabilidad, consiste en conceptualizar la noción de que la solución de los problemas de salud exige responsabilidad compartida.

Consecuente con ello, la Escuela Nacional de Estudios Profesionales (ENEP) Zaragoza, dependencia de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), ha encaminado sistemáticamente su actividad en el ámbito de la investigación educativa a identificar, con base en la corresponsabilidad profesional, el potencial de respuesta que

¹ Coordinador General de Estudios Profesionales, Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.

² Coordinadora de Investigación Curricular, Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.

³ Profesor de Asignatura, Asesor de la Coordinación General de Estudios Profesionales, Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.

el perfil planteado para sus egresados ofrece a la problemática de salud del país.

El presente trabajo describe las primeras etapas del estudio exploratorio realizado en torno al proyecto de investigación "Evaluación de la Corresponsabilidad Profesional Operativa" (ECPO), o sea el enfoque referencial del que se desprende el estudio, la metodología empleada, los resultados y las conclusiones iniciales, sobre las que se ahondará en ulteriores publicaciones.

ENFOQUE REFERENCIAL

Es un hecho evidente que la problemática de salud que afecta a la gran mayoría de la población mundial está inscrita en el contexto global y que condiciona, entre otros perfiles, el perfil epidemiológico que en la actualidad nos toca enfrentar.

A la luz de esta evidencia no es posible para nadie ignorar que son los grupos desprotegidos quienes resienten más profundamente los efectos de tan grave problemática. La geografía en la que estos grupos viven más crudamente dicho perfil epidemiológico, reiteradamente se ha señalado, es la de los países denominados indistintamente países del tercer mundo, subdesarrollados, o en vías de desarrollo.

Si bien los países desarrollados enfrentan una problemática de salud que en múltiples casos es de gran magnitud y trascendencia, producto de la industrialización, los informes publicados por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) establecen de manera precisa las particularidades del perfil epidemiológico de esos países y de los subdesarrollados, siendo indiscutiblemente estos últimos los que presentan problemas mayores.

Los informes emanados de las investigaciones realizadas por esos organismos indican que aproximadamente cuatro quintas partes de la población mundial no cuenta con servicios de salud que brinden una atención permanente y satisfactoria.

En el caso de los países industrializados, pese a sus condiciones de desarrollo, se han tenido que plantear soluciones distintas de atención, dado el alto costo de la asistencia y los precarios beneficios que en materia de salud prestan los sistemas de atención vigentes.

La contundencia de una realidad evidenciada por la problemática de salud mundial, ha puesto sobre aviso a gobiernos, instituciones de investigación y de enseñanza, así como a organizaciones privadas, y ante la exigencia de encarar esta situación ha dado lugar a diversas reuniones nacionales e internacionales con objeto de cuestionar y re-

plantear el carácter y alcances reales de los sistemas nacionales de atención y servicios de salud con que cuenta cada país.

La comunidad mundial se ha dado cita en un gran número de foros internacionales, organizados por diversos países y promovidos por organismos como la OMS, la OPS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); en esas reuniones se plantearon enfoques que paulatinamente fueron concretándose como consenso general de que el criterio mediante el cual se posibilitaba una distribución más equitativa de los recursos para la salud —que permitiría alcanzar un nivel favorable de salud a todos los países, sería el de la estrategia de atención primaria. Así, dichas reuniones se identifican como precursoras de la renombrada Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata (URSS) en septiembre de 1978.

Al igual que en muchos países, en México se ha adoptado la estrategia de atención primaria de salud como un criterio que, entre otros, responde a uno de los propósitos fundamentales del sector salud que es el de promover activamente la salud como uno de los bienes más preciados del individuo y la comunidad.

En este sentido y tal como lo establece el Plan Nacional de Desarrollo 1989–1994, las estrategias que regirán las acciones del sector serán: mejorar la calidad del servicio, atenuar las desigualdades sociales, modernizar el sistema de salud y descentralizar y consolidar la coordinación de los servicios de salud. Se precisa también que se concederá prioridad especial a la atención de las zonas marginadas urbanas y rurales con énfasis en la atención primaria de salud.

De acuerdo con lo puntualizado en múltiples oportunidades, la problemática de salud no puede apreciarse de manera aislada y desarticulada, sino por el contrario, como expresión contextualizada de una problemática global en la cual está inserta y determinada.

Con este enfoque, en la citada Conferencia Internacional de Alma-Ata se hizo hincapié en el carácter multisectorial del desarrollo de salud, y se reconoció que el éxito de cualquier estrategia de la atención primaria de salud exige la plena participación y cooperación de todos los sectores del gobierno.

Consecuentemente con estos criterios, el sector educativo nacional asume esencialmente, a través de sus instituciones educativas, la responsabilidad y función de formar profesionales, investigadores y técnicos, cuyo perfil sea congruente y fundamentalmente definido por el conjunto de los problemas nacionales que exigen atención y solución en beneficio de la sociedad.

De esta manera, las funciones sustantivas de la UNAM mantienen una íntima correspondencia con estos planteamientos, en virtud de lo cual el papel que desempeña la investigación educativa conlleva

la exigente necesidad de aportar de acuerdo con sus posibilidades y orientación, la información y conocimientos que favorezcan la concreción de dichos planteamientos.

Así la ENEP—Zaragoza, teniendo como base las funciones sustantivas de la UNAM, se ha planteado entre sus objetivos generales la formación integral de profesionales en las carreras de ciencias de la salud y de ciencias químico biológicas, así como la realización de investigaciones orientadas a la búsqueda de opciones que coadyuven a la solución de los problemas nacionales.

En un primer intento de consolidación, la ENEP-Zaragoza ha establecido, para alcanzar esos objetivos, el sistema de enseñanza modular a partir del cual se posibilita una orientación integradora, planteándose en virtud de ello una formación multidisciplinaria desde las etapas iniciales, en las que se fomenta en el alumno la noción de trabajo en equipo. En este sentido, la ENEP-Zaragoza ha considerado desde su inicio en sus planes de estudio —si bien no de manera explícita— la estrategia de atención primaria, proponiendo la formación de recursos orientados a la aplicación de esta estrategia de atención.

Es en el marco de estas consideraciones que la ENEP-Zaragoza, a través de la Coordinación General de Estudios Profesionales de la cual dependen las carreras que se imparten, se ha planteado, como una permanente exigencia, la tarea de valorar la correspondencia requerida entre la formación profesional que se estima necesaria para sus alumnos y la orientación con que estos tienden a conceptualizar el ejercicio profesional.

Como expresión de lo expuesto, se hará referencia al estudio exploratorio realizado en torno al proyecto de investigación, Evaluación de la Corresponsabilidad Profesional Operativa (ECPO).

METODOLOGIA

A partir del enfoque referencial en torno al cual se orientaron las diversas sesiones de trabajo del proyecto de investigación, se acordaron los criterios que le dan sustento y orientación. Bajo la dirección de la Coordinación General de Estudios Profesionales y con la participación de la Coordinación de Investigación Curricular y las coordinaciones de las carreras integradas en el proyecto, se decidió que el diseño de la investigación se planteara como un estudio de tipo prospectivo-observacional-transversal-comparativo, definiendo para la delimitación de sus contornos las siguientes variables: variable dependiente: la conceptualización del desempeño profesional y variables independientes: la atención primaria de salud y la multidisciplinaria.

La conceptualización contemplada para las variables se orientó fundamentalmente teniendo en cuenta en el caso de la multidisciplina, los trabajos interdisciplinarios; en el caso de la atención primaria se reconsideró la recomendación de la Conferencia de Alma-Ata, y en el desempeño profesional el concepto se resumió considerando el enfoque de APS y multidisciplina a más de los estudios referidos a grupos y trabajo en equipo. Estas tres variables, para efectos del estudio, se concretaron de la siguiente manera:

La atención primaria de salud, considerada como una estrategia —como un concepto en el contexto de atención, no como un nivel de atención— es la asistencia sanitaria esencial que actúa fundamentalmente frente al riesgo, y que está basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, propiciando la reorganización y transformación de los servicios de salud para corregir sus deficiencias y que está puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de corresponsabilidad y codeterminación⁴.

Se hace referencia a la multidisciplina como la conjunción o acercamiento de diversas disciplinas donde cada una aporta información, técnica y metodología propias para el logro de un objetivo común. Puesto que este es un primer intento de integración del equipo de trabajo, con la finalidad de enfocar integralmente el objeto de estudio, en su desarrollo se tiende a la construcción conceptual y metodológica del objeto de estudio común.

Se entiende aquí por desempeño, la disposición operativa que se manifiesta ante situaciones o eventos que exigen coparticipación y corresponsabilidad, y que guarda una estrecha relación con un cuerpo de normas, prácticas o conocimientos aplicados, organizados y sistematizados.

Con base en lo anterior, el instrumento exploratorio —cuestionario— utilizado para el estudio, fue estructurado considerando la estrategia de atención primaria de salud y la multidisciplina para la atención integral de los problemas prioritarios de salud. El cuestionario se aplicó en el transcurso de los meses de enero y febrero de 1989 al global de la población por egresar (1165 alumnos) de las carreras de enfermero, médico cirujano, cirujano dentista, psicólogo y químico-farmacéutico-biólogo.

⁴ Véase Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Atención primaria de salud*. Ginebra, 1978.

Con este instrumento se ha realizado un primer acercamiento al problema planteado en el estudio, a saber: ¿Qué concepto tienen los egresados de las carreras de la ENEP-Zaragoza del desempeño profesional, en virtud de que en su formación profesional como integrantes del equipo de salud, se consideró la estrategia de atención primaria y la multidisciplina para la atención integral de los problemas prioritarios de salud?

El instrumento (cuestionario) estuvo conformado por 32 reactivos de respuesta estructurada, de los cuales 17 responden a la variable atención primaria de salud, 14 a la variable multidisciplina y uno al proceso salud-enfermedad.

Asimismo, se definieron los siguientes criterios que establecen los aspectos que explora cada grupo de estos reactivos con relación a cada variable:

Para atención primaria: Importancia de la obtención de datos y registros, prioridad a la atención preventiva—enfoque al riesgo. Importancia del equipo de trabajo para la salud, participación comunitaria y equipo de salud.

Para la multidisciplina: Enfoque multidisciplinario de atención, y aproximación disciplinaria—conocimiento del campo profesional de otras disciplinas.

Finalmente, el análisis estadístico —descriptivo— de la información obtenida a través del instrumento exploratorio, se realizó utilizando el paquete estadístico para la ciencia social (SPSS).

Una vez efectuado el acopio y procesamiento de los datos, se procedió a la integración de tablas de contingencia, a partir de las cuales se llevó a cabo el análisis de la asociación o independencia entre los criterios de clasificación carrera-respuesta. Para ello se estableció un patrón de análisis, el cual consistió en la definición de tres frecuencias a considerar, la frecuencia mayor, la subsecuente y la menor, a fin de explorar e inferir, mediante un análisis de frecuencia apreciativa, la tendencia de los egresados a conceptualizar el desempeño profesional.

Para ello, la frecuencia mayor se determinó teniendo en cuenta la opción que, de entre todas las opciones posibles para dar respuesta a un reactivo determinado, fue elegida por la mayoría de la población encuestada. La frecuencia subsecuente fue la opción que, de entre todas las posibles, fue elegida seguidamente y de manera inmediata a la opción elegida por la mayoría de la población. Por último, la frecuencia menor se determinó considerando la opción que, de entre todas las opciones, fue elegida por la minoría de la población encuestada.

Este procedimiento permitió, si bien en un plano descriptivo, la identificación de dos vertientes: la tendencia conceptual predominante y la tendencia conceptual discriminada.

Para mayor integración, se elaboraron tablas de codificación que con base en la categorización de los datos, permitió clasificarlos de acuerdo con los criterios considerados para cada variable; se obtuvieron así gráficas que tratan del comportamiento tanto del global de la población como del de la población de cada carrera, y que van del plano general a aspectos específicos.

RESULTADOS

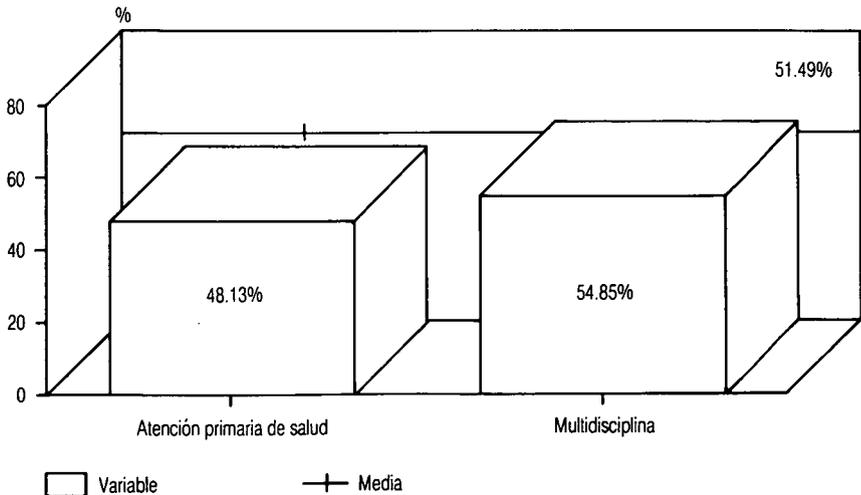
Los resultados del estudio exploratorio permitieron advertir los aspectos consecuentes de la correspondencia entre el comportamiento observado en la mayoría de la población y la orientación de su formación profesional, así como también los aspectos que mostraron discrepancia en este mismo sentido.

A continuación se indica la respuesta de la población en el plano de lo general.

Respecto al concepto del desempeño profesional en relación con la atención primaria, 48,13% de la población total consideró importante ese aspecto, al igual que 54,85% de esa misma población en lo referente a la actividad multidisciplinaria (figura 1).

La distribución porcentual del global de la población de cada carrera que consideró relevante la atención primaria de salud, fue como sigue: la carrera de médico cirujano, 54,53%; la de enfermero, 48,74%;

FIGURA 1. Comportamiento de la población en relación con la atención primaria de salud y la multidisciplinaria.



químico farmacéutico biólogo, 46,68%; psicólogo, 45,83% y finalmente, la carrera de cirujano dentista, 44,90% (figura 2).

Atendiendo a los criterios contemplados para atención primaria de salud, 95,32% de la población total consideró relevante la importancia de la obtención de datos y registros, seguida por la atención preventiva (72,93%), la importancia del equipo de trabajo para la salud (71,80%) y, por último, de manera inconsistente, la participación comunitaria y el equipo de salud (35,04%) (figura 3).

La distribución porcentual del global de la población de cada carrera en cuanto a la multidisciplinaria, indica que en su concepto del desempeño profesional, 58,79%, de la carrera de médico cirujano la considera importante; 56,53% en el caso de la carrera de químico farmacéutico biólogo, la de psicólogo, 56,30%; la de cirujano dentista, 54,32% y, finalmente, la carrera de enfermero, 48,35% (figura 4).

Por último, en la figura 5 se observa que el 60,30% del global de la población encuestada preponderantemente estimó importante el enfoque multidisciplinario de atención y 50,78% fue de la misma opinión con respecto a la aproximación disciplinaria.

CONCLUSIONES

Como se ha descrito, el estudio exploratorio fue un primer acercamiento al problema planteado en la investigación; en este sentido

FIGURA 2. Comportamiento de la población en relación con la atención primaria de salud, por carrera.

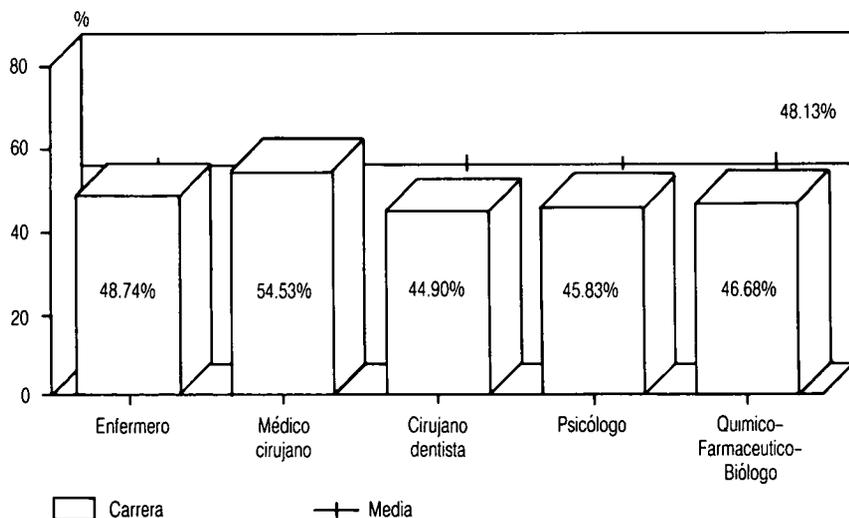


FIGURA 3. Porcentaje de la población en relación con cada uno de los criterios contemplados para atención primaria de salud.

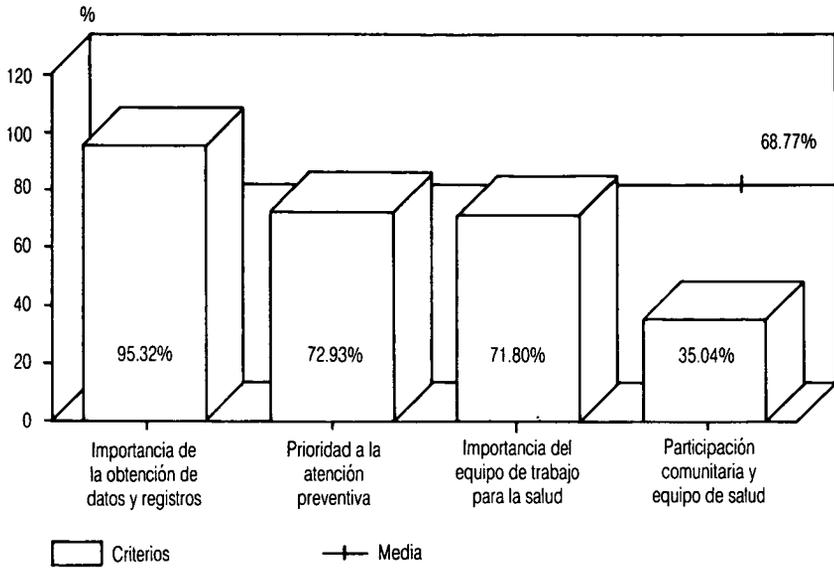


FIGURA 4. Comportamiento de la población en relación con la multidisciplina.

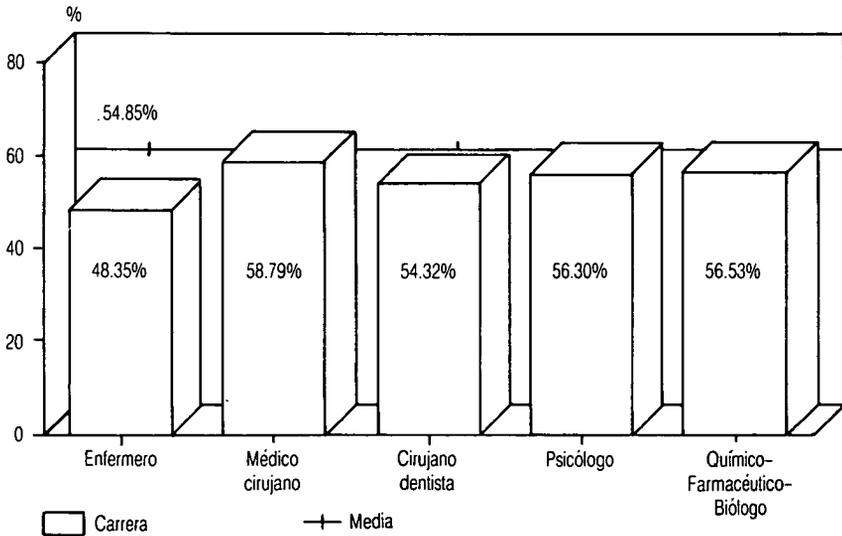
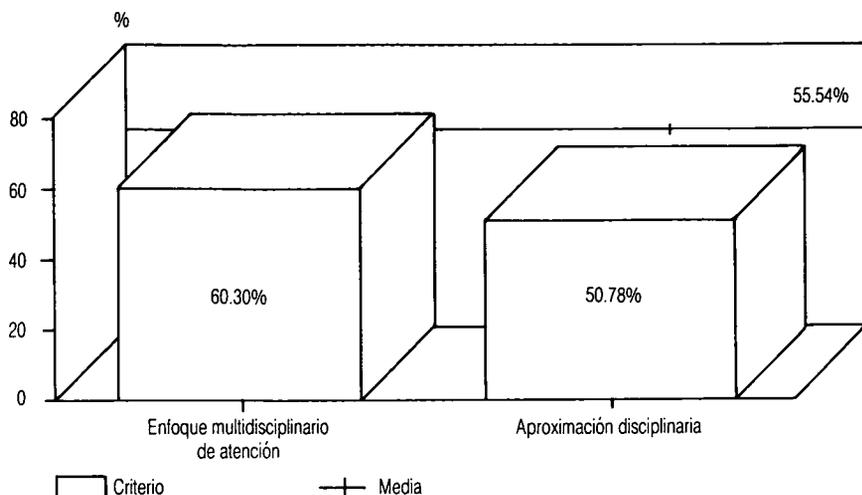


FIGURA 5. Distribución porcentual del total de la población en relación con criterios de la multidisciplina.



los resultados obtenidos no pueden ser considerados como concluyentes, siendo en todo caso, delimitables.

El hecho de que estos resultados presentaron un panorama general respecto a la tendencia de los alumnos a considerar la estrategia de atención primaria y la multidisciplina como parte del desempeño profesional, ha permitido obtener indicadores que favorecen la articulación con investigaciones paralelas, y que plantean como propósito común, coadyuvar a la formación integral del alumno.

Así por ejemplo, la vinculación de estos indicadores con los que se obtienen de los estudios relativos al seguimiento de egresados, permitirán la identificación de la correspondencia entre la tendencia del alumno a conceptualizar el desempeño profesional y la orientación concreta de su práctica una vez egresado.

Los aspectos que exigen ser reconsiderados como producto de los resultados observados, sustentan el que el desarrollo de la investigación habrá de cursar diversas y específicas etapas. Concreta y particularmente, el que los criterios considerados de manera inconsistente por el global de la población, como es el caso de la participación comunitaria en atención primaria y el de aproximación disciplinaria en la multidisciplina, han exigido entre otras, la necesidad de analizar el enfoque y la sistematización con que estos aspectos se plantean en los planes de estudio de cada carrera. Es conveniente aclarar la necesidad de consolidar la concepción multidisciplinaria, en los encargados de orientar y conducir el proceso directamente, es decir en los docentes,

en quienes en algunos casos aún persiste una interpretación unidisciplinaria y parcializada para el enfoque de los problemas.

Por lo que respecta a los criterios restantes, se puede considerar que son consecuentes con los resultados obtenidos, en virtud de su énfasis y orientación. Así, en relación con la importancia de la obtención de datos y registros, se tiene en cuenta siempre debido a la utilización de los métodos comunitarios para determinar el diagnóstico de salud. En cuanto a prioridad a la atención preventiva, se incide en ello a partir del enfoque al riesgo con el que se abordan los problemas de salud. Finalmente, la importancia del equipo de trabajo para la salud y el enfoque multidisciplinario de atención, son criterios concomitantes a la noción del trabajo en equipo con que se orienta la formación del alumno y cuya operatividad se concreta tanto en las prácticas de campo que realiza, como en las actividades que desempeña en los modelos multidisciplinarios de atención.

Es pertinente enfatizar que el trabajo de investigación descrito encuentra su sentido y razón de ser en el enfoque que conceptualiza los problemas de salud como una problemática cuya solución exige corresponsabilidad operativa.

AGRADECIMIENTOS

Para terminar se hace mención de las personas que han colaborado en la realización de estos estudios, como muestra del intento por aproximarnos al cumplimiento cabal de la investigación participativa: Lic. Isabel Bárcenas Pozo, Lic. Silvia Crespo Knopfler, Dr. José Antonio Moreno Sánchez, C. D. Gustavo Parés Vidrio y Q.F.B. Juan Francisco Sánchez Ruíz.

BIBLIOGRAFIA

- Apostel, L. *et al.* Interdisciplinariedad. Programas de la Enseñanza y de la Investigación en las Universidades. *ANUIES*, 1979.
- Escuela Nacional de Estudios Profesionales-Zaragoza. Proyecto Académico 1986-1990. México.
- Follari, R. Interdisciplinariedad. Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco. México, 1982.
- Katz, F. M. y Fulop, T. Formación de personal de salud. Ejemplos de nuevos programas docentes. Organización Mundial de la Salud. Cuadernos de Salud No. 70. Ginebra, 1978.
- Katz, J., Lanza, A., Peña Mohr, J., Septien González, J. M., Testa, M., y Veronelli, J. C. *La Salud en América Latina*. Fondo de Cultura Económica. México, 1983.

- Laguna J. *et al.* Formación del Personal Profesional y Auxiliar de la Salud: El equipo de salud. *Gaceta Médica de México*. Vol. 113 No. 2, febrero, 1977.
- Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. (URSS, 6-12 de septiembre de 1978). Ginebra, 1978.
- Organización Panamericana de la Salud. Salud para todos en el año 2000. Estrategias. Washington, D.C., 1980. Documento Oficial 173.
- Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984. Washington, D.C., 1986. Publicación Científica No. 500.
- Pineault, R. y Daveluy. *La Planificación Sanitaria*. Ed. Masson S. A. España, 1987.
- Plan de Estudios de la Carrera de Cirujano Dentista. ENEP-Zaragoza, UNAM, México, 1977.
- Plan de Estudios de la Carrera de Médico Cirujano. ENEP-Zaragoza, UNAM, México, 1977.
- Plan de Estudios de la Carrera de Psicólogo. ENEP-Zaragoza, UNAM, México, 1979.
- Plan de Estudios de la Carrera de Químico-Farmacéutico-Biólogo. ENEP-Zaragoza, UNAM, México, 1976.
- Plan de Estudios de la Carrera de Técnico en Enfermería. ENEP-Zaragoza, UNAM, México, 1976.
- Poder Ejecutivo Federal. Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994. México, 1989.
- Programa General de Evaluación Académica. Unidad de Evaluación y Desarrollo Curricular. ENEP-Zaragoza, UNAM, México, 1983.
- Seltiz, C. *et al.* Esquema de investigación: Estudios exploratorios y descriptivos. Métodos de investigación en las relaciones sociales. Madrid, Ed. Rialp, 1968.
- Soberon, G., Kumate, J. y Laguna, J. *La Salud en México. Testimonios 1988*. Vol. I, Fundamentos del Cambio Estructural; Vol. II, Problemas y Programas de Salud. Fondo de Cultura Económica. México, 1988.

EXPERIENCIAS Y ACTITUDES DE ESTUDIANTES DE MEDICINA EN RELACION CON LA PSIQUIATRIA¹

Claudio L. Eizirik², Paulo Belmonte de Abreu³, Anahy D. F. da Fonseca⁴, Lorena Caleffi⁵, Denise Blaya Rocha⁶, Ingrid Spier⁶, Jaqueline Villa Bôas e Silva⁶, José Renato Hauck⁷ y Marina Netto⁷

INTRODUCCION

El currículo médico, incluido el de psiquiatría, ha sido discutido y modificado gradualmente en los últimos años, tanto en su aspecto de contenidos como en el de estrategias. Sin embargo, poco se ha estudiado, en nuestro medio, acerca de las opiniones y actitudes de los alumnos sobre este proceso. Varias universidades de diferentes países han adoptado la estrategia de incluir el parecer de los alumnos en la organización del currículo y en la reforma de la enseñanza; sin embargo, esto no ha sido aplicado de forma uniforme. La Universidad Federal de Rio Grande do Sul (UFRGS), en 1988, dio un paso pionero en este sentido, instituyendo la evaluación de las asignaturas por parte de los alumnos, lo que contribuye a la producción de datos respecto de la enseñanza médica.

Este trabajo forma parte de un proyecto de investigación de los factores asociados a la selección de la psiquiatría como profesión, y

¹ Trabajo realizado en la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Profesor Adjunto del Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Vice Director de la Facultad de Medicina de la UFRGS, Brasil.

³ Profesor Asistente del Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal de la UFRGS, Brasil.

⁴ Médica Cursista del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil.

⁵ Médica graduada en la UFRGS, Brasil.

⁶ Monitor del Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal de la UFRGS, Brasil.

⁷ Alumna de Doctorado de la Facultad de Medicina de la UFRGS, Brasil.

trata de determinar el peso relativo de las experiencias académicas y personales en esta opción. El presente proyecto se hizo con el propósito de evaluar los factores de opción en el estudio de la psiquiatría y su posible influencia en la elaboración y modificación del currículo médico. Con eso, se cree que se puede perfeccionar la enseñanza médica, reformular áreas críticas de la enseñanza psiquiátrica y ayudar a los alumnos en adquirir una formación médica más integrada. En este sentido, se evalúan, en particular, cuestiones referentes a las experiencias prácticas con pacientes, la participación del profesor en el contacto del campo y la influencia de otras áreas en la formación de actitudes.

REVISION BIBLIOGRAFICA

Nielsen y Wekman, tras un estudio de 204 estudiantes de medicina, sugieren que las experiencias durante la formación académica son determinantes extremadamente fuertes de las actitudes frente a la psiquiatría, aumentando el contacto con pacientes y profesores (1, 2). Por otro lado, los médicos no psiquiatras y los colegas que critican la psiquiatría influyen de forma negativa hasta a los alumnos más interesados en la materia (1, 3).

Eagle y Marcos concuerdan con Nielsen en que permitir al alumno responsabilidades en relación con los pacientes constituye un factor crucial positivo sobre las actitudes de los estudiantes (4).

Los médicos que muestran actitudes favorables a la psiquiatría han tenido en su formación una relación significativamente más estrecha con esta especialidad que los que tienen una posición menos favorable (3, 5). Este hecho hace pensar en los hallazgos de Ney y Jones; estos autores indican que una muestra formada por estudiantes de medicina, cirujanos, médicos generalistas y especialistas, sugiere que 11% o más del currículo médico debería estar dedicado a la psiquiatría (6).

Se llega a la conclusión de que si se establecieran mejores programas de grado aumentaría el porcentaje de estudiantes que optan por la psiquiatría (7).

MATERIAL Y METODO

La presente muestra estuvo formada por alumnos del 8° al 12° semestre de la Facultad de Medicina de la UFRGS, selección que fue realizada teniendo en cuenta el término de las disciplinas ofrecidas por el Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal.

Se aplicó un cuestionario que consta de dos partes: una mide las *Actitudes* y la otra las *Vivencias* de los alumnos en su formación académica. Los ítems de *Actitudes* fueron constituidos y validados por Nielsen (1) de la Facultad de Medicina de la Universidad Northwestern de Chicago, Estados Unidos de América, los que se utilizaban por primera vez en estudios brasileños, después de traducidos por el grupo de investigación. Las *Vivencias* medidas se fundamentaron en experiencias relacionadas con la actividad curricular de los autores.

El cuestionario constó de cuatro partes, a saber: a) siete categorías de identificación; b) 22 de actitudes con cinco opciones de respuesta (totalmente de acuerdo, de acuerdo, neutro, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo); c) 23 categorías de vivencia con dos posibilidades de respuesta (Sí y No) y d) una categoría para opinar sobre la psiquiatría como carrera, dividida en cuatro opciones (La quiero con seguridad, pienso en escogerla pero todavía tengo dudas, ya pensé en escogerla pero cambié de idea, y no la quiero con seguridad) (Anexo 1).

Después del ensayo del plan piloto con una muestra de alumnos de otras Facultades de Medicina, el instrumento fue aplicado en condiciones ambientales semejantes (clases o reuniones de grupos). Los que respondieron no fueron identificados y se les prestó orientación mediante respuestas estructuradas.

En un primer momento, se discutieron los datos obtenidos, los cuales, en una fase posterior, se examinarán mediante métodos estadísticos de asociación y análisis multivariado.

RESULTADOS

De los 376 alumnos que cursaban del 8° al 12° semestre, 86,4% respondieron al cuestionario. En el cuadro 1 se presentan los datos demográficos de la muestra.

De las experiencias curriculares estudiadas se clasificaron las más y las menos frecuentes (cuadros 2 y 3).

Se hizo lo mismo con relación a las actitudes más y menos frecuentes de los alumnos frente a la psiquiatría (cuadros 4 y 5).

En un primer análisis encontramos que 52,8% de los encuestados presentan actitudes positivas a la psiquiatría; 27,7% de las actitudes son negativas y 19,5% se consideran neutros. En relación con las vivencias globales, 54% fueron favorables y 46% desfavorables.

Las experiencias curriculares más frecuentemente descritas fueron, en orden decreciente: el examen directo de los pacientes psiquiátricos, observar al psiquiatra en su trabajo y observar los resultados

CUADRO 1. Características demográficas de alumnos de 8°-12° semestre de medicina, 1988.

Variable		No.	%
1. Sexo	M	195	60,4
	F	128	39,6
2. Edad	20	4	1,2
	20-24	252	77,5
	25-30	55	16,9
	Más de 30	14	4,3
3. Estado civil	Soltero	275	85,1
	Casado	43	13,3
	Separado	5	1,5
	Viudo	0	0,0
4. Religión		233	73,3
5. Procedencia	Urbana	288	85,7
	Rural	33	10,3

CUADRO 2. Experiencias curriculares más frecuentes.

Experiencias	%
1. Examen directo de paciente psiquiátrico	89,0
2. Observaron a un psiquiatra en su trabajo	83,3
3. Observación de buenos resultados	77,5
4. Observación de respeto por los colegas	63,5
5. Observación de respeto por los profesores	61,2

CUADRO 3. Experiencias curriculares menos frecuentes.

Experiencias	%
1. Exposición a exceso de pacientes graves	9,2
2. Observación de psiquiatra trabajando influenció negativamente	17,4
3. Observación del incentivo de colegas	19,4
4. Observación de la opción por psiquiatría asociada a problemas propios	20,2
5. Observación de uso abusivo de medicamentos	22,8

del tratamiento psiquiátrico. La más rara de esas experiencias fue la exposición a exceso de pacientes graves (9,2%).

Las actitudes más frecuentes entre los encuestados fueron: recomendar consulta psiquiátrica y reconocer la importancia de los avances biológicos y del psicoanálisis.

CUADRO 4. Actitudes más frecuentes.

Actitudes	%
1. Recomendarían consulta psiquiátrica	90,8
2. Reconocen avances biológicos de la psiquiatría	72,6
3. El psicoanálisis es útil para el entendimiento del comportamiento humano	72,2
4. Profesores/médicos contratados son críticos de la psiquiatría	69,6
5. Otros profesionales están también calificados para trabajo en salud mental	63,5

CUADRO 5. Actitudes menos frecuentes.

Actitudes	%
1. El psiquiatra recibe menos remuneración	1,2
2. El psiquiatra pierde su actualización médica	4,0
3. El psiquiatra invierte mal el tiempo	7,7
4. El psiquiatra piensa poco objetivamente	7,7
5. La consulta psiquiátrica de pacientes clínicos es poco útil	9,5

La actitud más rara fue la de que el psiquiatra recibe menos remuneración que los demás colegas (1,2%), seguida por la opinión de que el psiquiatra pierde actualización de su conocimiento médico (4%), invierte mal el tiempo con pacientes (7,7%), piensa de manera poco objetiva (7,7%) y la opinión que la consulta psiquiátrica para pacientes clínicos tiene poca utilidad (9,5%).

DISCUSION

Una cuestión que llamó mucho la atención fue la gran semejanza entre los resultados globales (medidas casi idénticas) encontrados en la investigación de Nielsen *et al* y la de Eizirik *et al* (ver cuadro 6), a pesar de que la muestra estaba conformada por alumnos de países diferentes. Podemos suponer: 1) que la enseñanza puede ser semejante; 2) que la población investigada es parecida; 3) que el instrumento conduce a un mismo patrón de respuestas aun en culturas diferentes. A pesar de no haberse hecho estudio estadístico de diferencias, se puede notar una tendencia entre los estudiantes brasileños a reconocer más méritos en la psiquiatría y a considerarla más eficaz.

La similitud global permite observar un aspecto importante: tal vez lo esencial esté presente en las dos culturas, o sea la exposición

CUADRO 6. Actitud de los alumnos de medicina acerca de la psiquiatría.

Variable	De acuerdo		Neutro		En desacuerdo	
1. Méritos generales	64,2 ^a	53,8 ^b	19,8 ^a	23,0 ^b	16,7 ^a	24,3 ^b
2. Eficacia	84,8	67,0	7,8	15,5	7,4	17,5
3. Definición de papel	52,9	46,7	19,8	16,0	27,3	37,3
4. Abusos y críticas	64,2	60,7	28,6	24,7	7,2	14,7
5. Recompensa	41,2	37,0	21,7	20,7	37,0	42,3
	52,8	52,8	19,5	19,9	27,7	27,2

^aLa primera de las tres columnas en todas las variables se refiere a la presente investigación de Eizirik et al.

^bLa segunda de las tres columnas en todas las variables se refiere a la investigación de Nielsen y Eaton (1).

a pacientes, bajo supervisión; y que esto sea lo que contribuye más en la formación de actitudes en la enseñanza médica—tener contacto de forma organizada con pacientes característicos y no solamente con pacientes de diferentes características (no solamente pacientes graves o crónicos), con la enseñanza ocurriendo de forma práctica y con el profesor dando oportunidad de que se observe su trabajo.

Una manera de confirmar estas posibilidades sería repetir el estudio en otras Facultades de Medicina, observando especialmente las diferencias en cuanto a la estructura curricular, tiempo de exposición a pacientes y profesores, y las diferentes cargas horarias para el contacto con los pacientes.

Al examinar las actitudes más frecuentes, se puede constatar una buena asimilación de la psiquiatría por parte de los encuestados, evidenciada al recomendar la consulta psiquiátrica para los pacientes (90,8%) y al reconocer avances de la psiquiatría a nivel de entendimiento tanto biológico (72,6%) como psicodinámico (psicoanalítico) (72,2%) de la conducta humana. Aparece seguidamente la descripción de actitudes críticas a la psiquiatría por parte de otros profesores y médicos contratados (69,6%); sin embargo, esta crítica no demuestra efecto global desfavorable. La posición relativamente frecuente de entender que los demás profesionales de salud mental están también calificados para trabajar con personas emocionalmente perturbadas (63,5%) tiene méritos en el sentido de demostrar que la noción del trabajo multidisciplinario está bien marcada para los alumnos en este campo. Sin embargo podría también revelar una cierta indecisión acerca del papel del psiquiatra por el hecho de que cada profesional posee sus peculiaridades en el trato de las personas con problemas mentales.

Como el instrumento no discrimina esta noción, se podría hacer un estudio futuro intentando examinar el nivel de definición de

la función de cada miembro del grupo de salud mental, tanto para los alumnos como para los propios profesionales de salud mental.

Al evaluar las actitudes menos frecuentes, se puede ver que no aparece la confirmación de los prejuicios usualmente descritos (de que la psiquiatría no es científica, no es objetiva, que es mal utilizada, que no tiene valor para el paciente clínico), lo que puede ser efecto de un trabajo continuo de integración de la psiquiatría dentro de la medicina, de la búsqueda de mayor objetividad y uso de raciocinio dentro del modelo médico y de enseñanza dentro del Hospital General y no solo en manicomios, además del uso extenso de consultoría para los pacientes psiquiátricos.

En relación a las experiencias positivas, nuestros datos concuerdan con la literatura, en lo que se refiere a la práctica psiquiátrica durante el curso médico que tiende a ser hecha mediante el examen directo del paciente, lo que posibilita observar tanto al psiquiatra en función como el efecto del tratamiento. Se observó también que, en nuestro medio, los colegas y profesores, a pesar de respetar la especialidad, ofrecen pocos incentivos para que el alumno opte por ella. No fue descrita la exposición excesiva a pacientes graves ni el uso abusivo de medicamentos, dando idea de una selección razonablemente buena de tipos de pacientes y procedimientos junto a pocos prejuicios en relación con los psiquiatras (cual sería el de que son personas que escogen la carrera para resolver sus propios problemas). Consideramos importante resaltar que, por el perfil de las experiencias positivas más frecuentes, se puede pensar que las disciplinas de psiquiatría están yendo al encuentro de las expectativas de los alumnos ya que hallan en ellas la noción de una especialidad médica con avances importantes en los campos biológico y psicodinámico, al mismo tiempo sin ser idealizada puesto que es vista como una actividad en la cual trabajan profesionales de otras áreas (enfermería, psicología, servicio social). Esta ha sido en la realidad la característica de la enseñanza impartida por el Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal en los últimos años: se ha puesto énfasis en la experiencia práctica y el trabajo clínico junto con el profesor, con pacientes de varios tipos de diagnósticos y curso de enfermedad, en tratamiento ambulatorio, internación especializada en hospitales generales e internación clínica en hospital general. Resta ver si el movimiento más reciente, de mayor apertura para la exposición del alumno a la detección de problemas psiquiátricos en la comunidad (escuela y familia) cambiará o no este perfil de actitudes. Por último, sería deseable que se pudiesen fomentar estas actitudes y experiencias en las demás Facultades de Medicina del Estado, con la finalidad de comparar el efecto de diferentes modelos de enseñanza, apreciar similitudes y obtener datos para un mayor perfeccionamiento de la enseñanza de psiquiatría.

ANEXO 1

El Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal está realizando una encuesta entre los alumnos de medicina sobre algunas cuestiones de la enseñanza médica en esta Facultad.

Solicitamos su colaboración en responder a este cuestionario:

- Trate de responder *todas* las preguntas con la alternativa que más se adapte a su opinión.
 - Señale solamente *una* respuesta y no deje preguntas en blanco.
 - Al entregarlo, Ud. recibirá un número que le dará derecho a concursar en la rifa de un *Manual de Emergencias Cardiovasculares* donado por la Librería Diogo Mello.
- 1) Sexo: (1) Masculino
(2) Femenino
 - 2) Edad: _____
 - 3) Estado Civil
(1) Soltero(a)
(2) Casado(a) o con compañera(o)
(3) Separado(a)
(4) Viudo(a)
 - 4) Religión: _____
 - 5) Profesión del padre: _____
 - 6) Profesión de la madre: _____
 - 7) Procedencia de la familia:
(1) Urbana
(2) Rural
 - 8) La psiquiatría ha avanzado considerablemente en los recientes años en lo que se refiere al tratamiento biológico y entendimiento de esquizofrenia y depresión.
(1) Totalmente de acuerdo
(2) De acuerdo
(3) Neutro
(4) En desacuerdo
(5) Totalmente en desacuerdo

- 9) La psiquiatría es una frontera de la medicina que se expande rápidamente.
 - (1) Totalmente de acuerdo
 - (2) De acuerdo
 - (3) Neutro
 - (4) En desacuerdo
 - (5) Totalmente en desacuerdo

- 10) El psicoanálisis es un método poderoso de entendimiento del comportamiento humano.
 - (1) Totalmente de acuerdo
 - (2) De acuerdo
 - (3) Neutro
 - (4) En desacuerdo
 - (5) Totalmente en desacuerdo

- 11) La psiquiatría es no científica e imprecisa.
 - (1) Totalmente de acuerdo
 - (2) De acuerdo
 - (3) Neutro
 - (4) En desacuerdo
 - (5) Totalmente en desacuerdo

- 12) Si alguien en mi familia estuviera emocionalmente comprometido y la situación pareciera no mejorar, recomendaría una consulta psiquiátrica.
 - (1) Totalmente de acuerdo
 - (2) De acuerdo
 - (3) Neutro
 - (4) En desacuerdo
 - (5) Totalmente en desacuerdo

- 13) Las consultas psiquiátricas para pacientes clínicos o quirúrgicos raramente son útiles.
 - (1) Totalmente de acuerdo
 - (2) De acuerdo
 - (3) Neutro
 - (4) En desacuerdo
 - (5) Totalmente en desacuerdo

- 14) Entrar en la psiquiatría significa perder la educación médica.
 - (1) Totalmente de acuerdo
 - (2) De acuerdo

- (3) Neutro
 - (4) En desacuerdo
 - (5) Totalmente en desacuerdo
- 15) El médico de hoy no tiene tiempo para tratar con problemas emocionales de los pacientes.
- (1) Totalmente de acuerdo
 - (2) De acuerdo
 - (3) Neutro
 - (4) En desacuerdo
 - (5) Totalmente en desacuerdo
- 16) Con raras excepciones, psicólogos clínicos y asistentes sociales son tan bien cualificados como lo son los psiquiatras.
- (1) Totalmente de acuerdo
 - (2) De acuerdo
 - (3) Neutro
 - (4) En desacuerdo
 - (5) Totalmente en desacuerdo
- 17) Los psiquiatras comprenden y se comunican mejor con las personas que los médicos generales.
- (1) Totalmente de acuerdo
 - (2) De acuerdo
 - (3) Neutro
 - (4) En desacuerdo
 - (5) Totalmente en desacuerdo
- 18) Los psiquiatras piensan poco objetivamente.
- (1) Totalmente de acuerdo
 - (2) De acuerdo
 - (3) Neutro
 - (4) En desacuerdo
 - (5) Totalmente en desacuerdo
- 19) Los psiquiatras frecuentemente elogian su área cuando enseñan psiquiatría.
- (1) Totalmente de acuerdo
 - (2) De acuerdo
 - (3) Neutro
 - (4) En desacuerdo
 - (5) Totalmente en desacuerdo

- 20) Los psiquiatras tienden a superanalizar el comportamiento humano.
- (1) Totalmente de acuerdo
 - (2) De acuerdo
 - (3) Neutro
 - (4) En desacuerdo
 - (5) Totalmente en desacuerdo
- 21) Los psiquiatras frecuentemente abusan de su poder legal de hospitalizar pacientes contra su voluntad.
- (1) Totalmente de acuerdo
 - (2) De acuerdo
 - (3) Neutro
 - (4) En desacuerdo
 - (5) Totalmente en desacuerdo
- 22) Los psiquiatras gastan demasiado tiempo viendo pacientes que no necesitan de su ayuda, en tanto ignoran los problemas de aquellos más necesitados.
- (1) Totalmente de acuerdo
 - (2) De acuerdo
 - (3) Neutro
 - (4) En desacuerdo
 - (5) Totalmente en desacuerdo
- 23) En general, los psiquiatras ganan menos dinero que otros médicos.
- (1) Totalmente de acuerdo
 - (2) De acuerdo
 - (3) Neutro
 - (4) En desacuerdo
 - (5) Totalmente en desacuerdo
- 24) Dentro de la medicina, el psiquiatra tiene alto estatus.
- (1) Totalmente de acuerdo
 - (2) De acuerdo
 - (3) Neutro
 - (4) En desacuerdo
 - (5) Totalmente en desacuerdo
- 25) Muchos profesores y médicos no psiquiatras contratados de esta facultad y de este hospital son críticos de la psiquiatría.
- (1) Totalmente de acuerdo

- (2) De acuerdo
 - (3) Neutro
 - (4) En desacuerdo
 - (5) Totalmente en desacuerdo
- 26) Si un estudiante está interesado en psiquiatría como carrera, otros estudiantes o profesores de la facultad intentarán disuadirlo(a).
- (1) Totalmente de acuerdo
 - (2) De acuerdo
 - (3) Neutro
 - (4) En desacuerdo
 - (5) Totalmente en desacuerdo
- 27) Si un estudiante expresa interés en psiquiatría, él o ella corren el riesgo de ser asociado a un grupo de otros futuros psiquiatras que muchas veces son vistos como extraños o neuróticos.
- (1) Totalmente de acuerdo
 - (2) De acuerdo
 - (3) Neutro
 - (4) En desacuerdo
 - (5) Totalmente en desacuerdo
- 28) La psiquiatría es una asignatura atrayente porque es más abarcadora intelectualmente que otras carreras médicas, ya que envuelve muchos campos de estudio, incluyendo biología, psicología, sociología, historia, filosofía y literatura.
- (1) Totalmente de acuerdo
 - (2) De acuerdo
 - (3) Neutro
 - (4) En desacuerdo
 - (5) Totalmente en desacuerdo
- 29) Las disciplinas de psiquiatría son muy fáciles, deberían ser más exigentes y en pie de igualdad con la dificultad de otros cursos.
- (1) Totalmente de acuerdo
 - (2) De acuerdo
 - (3) Neutro
 - (4) En desacuerdo
 - (5) Totalmente en desacuerdo

- 30) ¿Sus colegas de facultad respetan la carrera psiquiátrica?
(1) Sí
(2) No
- 31) ¿Observó Ud. en su curso, a clínicos o cirujanos tratando adecuadamente con pacientes psiquiátricos?
(1) Sí
(2) No
- 32) ¿Encontró Ud. incentivo, por parte de los colegas, en seguir una carrera psiquiátrica?
(1) Sí
(2) No
- 33) ¿Observó Ud. respeto por parte de los profesores del área no psiquiátrica en relación a la carrera psiquiátrica?
(1) Sí
(2) No
- 34) ¿Observó Ud. respeto por parte de los residentes del área no psiquiátrica con relación a la carrera psiquiátrica?
(1) Sí
(2) No
- 35) ¿Observó Ud. prescripción abusiva de psicofármacos por parte de los psiquiatras?
(1) Sí
(2) No
- 36) ¿Observó Ud. casos de enfermedad psiquiátrica tratada con buenos resultados?
(1) Sí
(2) No
- 37) ¿Las asignaturas de introducción a la psiquiatría influenciaron en su decisión de carrera?
(1) Sí
(2) No
- 38) ¿La asignatura de psiquiatría influyó su opción de carrera?
(1) Sí
(2) No

- 39) ¿En caso de que necesitara un psiquiatra para un pariente o amigo, indicaría un profesor del curso de graduación u otro con quien también tuvo contacto durante su curso de graduación?
- (1) Sí
(2) No
- 40) ¿Cree Ud. que los psiquiatras que conoció durante el curso de graduación escogieron esta profesión para resolver sus propios problemas?
- (1) Sí
(2) No
- 41) ¿La bibliografía recomendada en las asignaturas de psiquiatría fue satisfactoria?
- (1) Sí
(2) No
- 42) ¿Durante su curso fueron mostrados en exceso pacientes psiquiátricos graves?
- (1) Sí
(2) No
- 43) ¿Durante el curso, tuvo oportunidad de examinar y/o atender algún paciente psiquiátrico?
- (1) Sí
(2) No
- 44) ¿Tuvo Ud. oportunidad de ver un psiquiatra trabajando?
- (1) Sí
(2) No
- 45) ¿Ver un psiquiatra trabajando influenció favorablemente en su posición frente a la psiquiatría?
- (1) Sí
(2) No
- 46) ¿Ver un psiquiatra trabajando influenció desfavorablemente su posición frente a la psiquiatría?
- (1) Sí
(2) No
- 47) ¿Considera adecuado el tiempo de estudio del desarrollo

psicológico normal durante el curso de graduación?

- (1) Sí
- (2) No

48) ¿Considera adecuado el tiempo de estudio de psicopatología clínica y psiquiatría clínica durante el curso de graduación?

- (1) Sí
- (2) No

49) ¿Hay algún psiquiatra en su familia?

- (1) Sí
- (2) No

50) ¿Hace Ud. algún tipo de tratamiento psiquiátrico?

- (1) Sí
- (2) No

51) ¿Ya hizo Ud. algún tipo de tratamiento psiquiátrico?

- (1) Sí
- (2) No

52) ¿Tiene Ud. alguien de sus relaciones cercanas que haga o ya haya hecho algún tipo de tratamiento psiquiátrico?

- (1) Sí
- (2) No

53) ¿En qué grupo se ubica Ud. con relación a la opción por psiquiatría?:

- (1) La quiero seguir con seguridad
- (2) Pienso escogerla pero todavía tengo duda
- (3) Ya pensé en escogerla, pero cambié de idea
- (4) No la quiero con seguridad

REFERENCIAS

- 1 Nielsen, A.C. y Eaton, J.S. Medical Students' Attitudes about Psychiatry: Implication for Psychiatric Recitment. *Arch Gen Psychiatry* 38:1144-54, 1981.
- 2 Wekman, S.L. et al. Medical Students View Clinical Psychiatry. *Am J Psychiatry* 130(5):562-65, 1973.
- 3 Zimny, G.H. y Sata, L.S. Influence of Factors Before and During Medical School on Choice of Psychiatry as a Specialty. *Am J Psychiatry* 143(1):77-80, 1986.
- 4 Eagle, P.F. y Marcos, L.R. Factors in Medical Students' Choice of Psychiatry. *Am J Psychiatry* 137(4):423-26, 1980.

- 5 Tucker, G.J. y Reinhardt, R.F. Psychiatric Attitudes of Joining Physicians: Implications for Teaching. *Am J Psychiatry* 137(4):423-26, 1980.
- 6 Ney, P.G. y Jones, L.S. Psychiatry in the Medical Curriculum. *Can J Psychiatry* 30(8):586-91, 1985.
- 7 Nielsen, A.C. Choosing Psychiatry: The Importance of Psychiatry Education in Medical School. *Am J Psychiatry* 137(4):428-31, 1980.

RESEÑAS

ENCUENTRO ARGENTINA—BRASIL SOBRE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

INTRODUCCION

Por considerarlo de suma importancia en los procesos de cambio en materia de recursos humanos, se reseña a continuación el Informe Final del Encuentro celebrado del 30 de julio al 1 de agosto de 1989, entre funcionarios de la OPS con sede en Buenos Aires, Argentina, y Brasilia, Brasil, con el patrocinio del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, de la OPS¹.

Los objetivos del Encuentro fueron los siguientes: establecer un proceso de intercambio en el área de desarrollo y cooperación técnica en recursos humanos entre ambos países, considerando sus similitudes y buscando incrementar las posibilidades de atención de los equipos técnicos de cooperación técnica, como apoyo al proceso de reformulación del sector salud en ambos contextos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL ENCUENTRO:

- Promover el conocimiento recíproco de la situación de salud y de los servicios de salud en ambos contextos.
- Sistematizar los principales problemas del desarrollo de recursos humanos en los dos países, desde la formación profesional hasta su utilización.

¹ Participaron en este Grupo de Trabajo los Dres. José Roberto Ferreira, María Isabel Rodríguez y Francisco Campos, de la Oficina Central de la OPS en Washington; Hugo Villegas, José Paranaguá, Isabel dos Santos, Ena Galvao de la OPS/OMS, Brasil; Eleuterio Rodríguez, Ivo Brito, Marcos Mandelli y Joana Azevedo, funcionarios brasileños; Carlos Vidal, Pedro Brito, Susana Espino, Amanda Galli y Mario Rovere de la OPS/OMS, Argentina, y Carlos Bloch, Martha Novick y Aída Gandini, funcionarios argentinos.

- Revisar e identificar los principales avances en la producción de conocimiento sobre el área de recursos humanos ocurridos en el país, identificando las líneas de investigación existentes más importantes.
- Identificar las principales propuestas de intervención en el sector en los últimos años, analizando su impacto sobre el sector.
- Delinear un plan de trabajo de cooperación técnica en recursos humanos entre los dos países, con el apoyo y la participación del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS, a ser puesto en marcha en los próximos años.

DESARROLLO DEL ENCUENTRO

El Encuentro celebró sesiones plenarias, con participación de todos los asistentes, de acuerdo con el programa preparado. Los diversos temas fueron planteados en presentaciones a cargo de ponentes encargados previamente, que dieron lugar a debates amplios característicos de las diversas jornadas.

Presentación del Brasil

La primera presentación, a cargo del Dr. Eleuterio Rodríguez de NESP, Brasil, versó sobre el contexto político-social y la reforma sanitaria en Brasil. En la misma se abordaron dos elementos principales para caracterizar el contexto del proceso de desarrollo de recursos humanos en Brasil: el cuadro político institucional, y el cuadro sanitario, comprendiendo tanto la situación de salud de la población como la del sistema de salud.

En relación con el primero de ellos, se parte de la apertura en 1975 de un proceso de negociación con miras al establecimiento de un pacto político-social para la transición de la dictadura a la democracia. Este pacto fue “más político que social,” dado que los protagonistas ocupaban las cúpulas políticas en el mismo.

El país vivió así un intenso proceso de reorganización social y económica, con evidentes logros políticos, tales como la amplia actividad de los partidos políticos, la vigencia de la expresión política, la actividad sindical y amplios ámbitos de discusión sobre diversos aspectos de la vida nacional. Desde esta perspectiva, el país vivió un proceso vigoroso de democratización, caracterizado principalmente por la organización de diversas fuerzas políticas y el planteo de sus propuestas hacia la sociedad.

En lo económico, el país vive una de las peores crisis, con un proceso inflacionario que en 1989 deberá alcanzar 1,800%, asociado con recesión, con pago de elevados intereses incompatibles con objetivos de desarrollo. Se estima que el monto que se paga por concepto de la deuda, iguala o incluso supera el gasto nacional en salud.

El cuadro sanitario se perfila, entre otros factores, por asuntos como la extensión territorial, las grandes diferencias inter-regionales, la urbanización descontrolada, y otros; frente a la situación sanitaria existe un sistema de salud que también refleja esas grandes diferencias sociales y estructurales. El gasto real global de salud gira alrededor de 2,4% del PBI. El movimiento de reforma sanitaria ha señalado la imposibilidad de que el sistema de salud dé respuesta adecuada al cuadro sanitario.

La reforma sanitaria impulsada por este movimiento se fundamenta en los siguientes principios:

- Un concepto de salud como expresión de la organización económica, política y social del país.
- El derecho universal a la salud como deber del Estado.
- La propuesta de un Servicio Único de Salud de cobertura universal, descentralizado, democrático, participativo, unificado y regionalizado.

En la actualidad se debate en el Congreso nacional un proyecto de ley sobre el Sistema Único de Salud, basado en una doctrina única que contempla como elementos principales:

- La descentralización.
- La participación popular.
- El desarrollo de los recursos humanos.
- La seguridad social.

Presentación de la Argentina

La presentación de la situación de salud y de los servicios en la Argentina estuvo a cargo del Dr. Mario Rovere. En la misma se señalaron los elementos que caracterizan la evolución económica y social del país:

- Estancamiento del PBI desde hace 15 años.
- Gasto en salud, como proporción del PBI, del 8%, que es significativamente mayor al de Brasil a pesar de su tendencia a decrecer.
- Estructura de la Seguridad Social en progresiva fragmenta-

ción, paralela a una mayor segmentación del sistema de atención.

- Mayor desarrollo y poder de las corporaciones en las definiciones políticas del sector.
- Mayor accesibilidad a los servicios de salud, sobre todo por una mayor presencia estatal.
- Deterioro político, económico y académico de las universidades, como consecuencia de los problemas existentes durante la dictadura militar.

Luego de reseñar los principales rasgos macroeconómicos que caracterizan la economía argentina en la crisis, se señalaron algunas de las situaciones y condiciones que se producen, como consecuencia de la misma, y que tienen que ver con el sector salud:

- Profundización de la situación de pobreza, donde la “velocidad” de empobrecimiento ha incrementado y se han hecho visibles rasgos de la misma (estallido social, respuestas colectivas para satisfacer necesidades inmediatas).
- Señales de incremento de problemas de salud mental.
- Cambios en la clientela de los hospitales públicos, desde el punto de vista socioeconómico. Disminución de la clientela pobre y aumento de los sectores medios.
- Deterioro en el nivel de algunos indicadores de morbimortalidad y de discapacidad.
- Disminución de los programas de salud preventiva, disminución de subsidios, etc.
- Signos de la crisis en los hospitales: incremento del ya elevado ausentismo.
- Algunas señales preocupantes de reestructuración del modelo prestador: a) concentración del capital en el sector privado; b) fragmentación de la cobertura de la seguridad social; c) criterios de focalización en la programación de acciones de salud, y d) disminución del aporte del Estado a la seguridad social.

Problemas en materia de recursos humanos

El grupo de trabajo abordó seguidamente los problemas específicos del área de recursos humanos; el Dr. Roberto Nogueira identificó en Brasil tres problemas mayores del desarrollo del conocimiento en esta área:

- Sistematización de la información.

- Desarrollo teórico sobre el área.
- Adecuación teoría-práctica, orientada hacia la formación de recursos humanos.

Sistematización de la información

En este campo, se pueden identificar dos problemas: a) las fuentes de información, y b) la utilización de la información.

En relación con las fuentes de información que existen para conocer la fuerza de trabajo sectorial, se cuenta con los censos y las encuestas periódicas del IBGE. Otra fuente es la Encuesta de Asistencia Médica y Sanitaria de IBGE que presenta información sobre disponibilidad y características del personal.

En lo que se refiere al uso de la información el problema fundamental es el de la transferencia al usuario (sobre todo al poder decisorio) de la información.

Desarrollo teórico

Se ha logrado la transformación del área de recursos humanos en una con "dignidad teórica", de una situación en que se le consideraba como área marginal. En la práctica, las acciones han estado orientadas al desarrollo de programas de formación de recursos humanos, considerándose que el proceso enseñanza-aprendizaje deberá adecuar su conocimiento sobre la realidad; así, los cursos sobre recursos humanos deberán tener en cuenta esta perspectiva de transformación.

El Dr. Carlos Bloch abordó luego la situación en la Argentina, señalando entre los principales problemas los siguientes:

1. La fuerte contradicción entre los objetivos y contenidos del pregrado de medicina (énfasis en la medicina general, atención primaria de la salud, respuesta a las necesidades prioritarias de salud de la población) y la tendencia hacia la especialización temprana y a la sobreespecialización, fenómeno que se observa desde los últimos años del pregrado.

2. La oferta educativa de postgrado, orientada a la formación de especialistas, no constituye un sistema coherente en función de objetivos claramente definidos que responda en los hechos a los requerimientos del mercado de servicios de salud. Esta oferta educativa tiene un carácter anárquico, fragmentario, con regulaciones muy débiles, con bajos niveles de exigencias que posibilitan el acceso a la especialidad a través de diversos mecanismos disímiles, que además, se han deteriorado en los últimos años: carreras de postgrado, residencias, concurrencias y cursos de actualización y perfeccionamiento. Estos últimos son de muy

diversa calidad y generalmente no responden a requisitos que garanticen una adecuada capacitación.

3. La orientación de los contenidos en todos los diversos mecanismos de formación de especialistas responde a la misma concepción biológica, reparadora e individualista del pregrado y conforma el modelo médico de práctica dominante.

4. La creciente devaluación de los créditos educativos de pre y postgrado frente a las mayores exigencias de los mercados de servicios de salud.

5. Una disminución marcada de la oferta educativa con relación a la creciente demanda de estudios de postgrado.

6. La subutilización de profesionales calificados, que los lleva a desarrollar tareas de baja calificación (subocupación por calificación).

7. Deterioro de las tradicionales escuelas de salud pública ante los cambios sociales, culturales y de salud.

8. Aumento de la demanda de capacitación en el área de la epidemiología, las ciencias sociales aplicadas a salud y la administración de servicios.

9. En el campo de las ciencias sociales en salud y epidemiología, se carece de residencias, maestrías y, por consiguiente, de niveles académicos de jerarquía superior.

10. La fuerza de trabajo en salud que desarrolla su actividad en los programas de atención primaria en zona urbana, no ha recibido una capacitación que dé respuesta satisfactoria a los objetivos de los mismos, desempeñándose de acuerdo con las pautas tradicionales que caracterizan la atención médica de la demanda espontánea.

11. En un contexto de grave crisis socioeconómica, con políticas sociales profundamente afectadas por ella, el sistema de servicios de salud padece de restricciones crecientes que no aseguran una adecuada inserción laboral en la fuerza de trabajo, en particular a los profesionales de la salud, que las universidades argentinas continúan produciendo en gran número.

12. **El impacto de la crisis**, agudizado por los recientes fenómenos de hiperinflación y recesión consiguiente, afecta en forma diferente a los distintos componentes del sistema de salud.

13. En el sector público, la severa restricción presupuestaria determina por un lado, escasez de recursos materiales y humanos y por el otro, un incremento de la demanda de atención por parte de una población con cobertura teórica a través de la seguridad social, que en la práctica, como consecuencia de la crisis, se ha transformado en población en situación de indigencia médica.

14. En el sector de servicios de salud vinculados a la seguridad social, la falta de financiación de esta provoca reducción marcada de

los efectores privados con el consiguiente cierre parcial o total de fuentes de trabajo, provocando fenómenos de subocupación y desocupación.

En el sector público, si bien existen estatutos o carreras profesionales que garantizan los derechos básicos de un trabajo asalariado (ingreso por concurso, escalafón, régimen previsional, beneficios sociales, licencias), las muy bajas remuneraciones y las malas condiciones técnicas para un adecuado desempeño profesional provocan desaliento, incumplimiento de la jornada de trabajo y, en consecuencia, se agrava aún más la ya baja calidad de la atención y contribuyen al deterioro de las relaciones del profesional con la institución y con la población que se asiste.

En el sector privado subsidiario de la seguridad social, cabe diferenciar dos situaciones que con frecuencia coexisten en el mismo sujeto: una modalidad de relación de dependencia pero sin una norma contractual similar a la del sector público y con una marcada ausencia de equiparación salarial que se expresa en diferencias que oscilan de seis a 10 veces por trabajo de igual calificación e intensidad horaria.

La incorporación acrítica de tecnología, en particular la de alta complejidad, distorsiona la práctica profesional dándole una racionalidad en función del lucro y no de las necesidades de salud de la población.

La falta de investigaciones epidemiológicas aplicadas al estudio de los procesos de salud-enfermedad se traduce en el desconocimiento del patrón patológico de la población, lo que no permite definir y caracterizar un perfil profesional acorde con los requerimientos de un sistema de salud que asegure eficacia, eficiencia y equidad.

Ausencia de claras y explícitas políticas en el área del desarrollo de recursos humanos por parte de las autoridades responsables del sector salud. Como consecuencia de esta falta de definiciones no se promueve la producción de conocimiento en este campo; no se impulsan experiencias de integración en los servicios de la docencia y práctica investigativa; no se desarrollan actividades sistemáticas de educación permanente; por último, no se crean los mecanismos para incorporar a la formación y práctica profesional los conocimientos que la epidemiología y las ciencias sociales hoy pueden brindar, para una mayor eficacia en el tratamiento de los problemas de salud-enfermedad.

Después de esta exposición, el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS reseñó las líneas y actividades prioritarias para la cooperación técnica en la Región, enfatizando en esa oportunidad el área de formación.

Partiendo de entender el campo de recursos humanos como un campo específico de conocimiento, se insistió en la necesidad de trabajar interdisciplinariamente y de desarrollar la investigación activamente.

Un segundo punto que se consideró fue la constatación de que se ha superado la idea de que era posible la transformación de la realidad, mediante el mejoramiento de la formación únicamente. Se señaló también que con respecto a la formación se ha realizado una modificación progresiva del objeto de estudio. Se ha pasado de considerar a la disciplina como objeto de la enseñanza, para entender la salud integral como objeto y, por lo tanto, requerir de un conjunto de disciplinas que concurren a articular un proceso de enseñanza-aprendizaje.

Experiencias de intervención en desarrollo de recursos humanos

En relación con este tema, se recalcó que en Brasil las principales líneas de trabajo estuvieron orientadas a:

- Dar apoyo al proceso legislativo (nueva Constitución) aportando conocimiento y cooperación técnica.
- Dar apoyo al desarrollo institucional de los servicios de salud. Desde la OPS y teniendo como intermediarios a los diversos Núcleos Universitarios se orientó un activo programa de Cooperación Técnica dirigido a la preparación del personal de los servicios.

El desarrollo de 15 Núcleos Universitarios es una de las experiencias más interesantes de los últimos años en cuanto a la proyección universitaria para apoyar la Reforma Sanitaria Brasileña, en virtud de un acuerdo OPS-Ministerio de Salud. Se diseñó una estrategia de apoyo al desarrollo de los Sistemas Únicos Descentralizados de Salud (SUDS), partiendo inicialmente de la necesidad de desarrollo de la "Programação e Orcamentação Integrada" (POI) y siguiendo la ejecución de por lo menos siete cursos descentralizados (cursos de perfeccionamiento) dirigidos a personal en función efectiva de dirección y gestión.

Propuestas y acuerdos de trabajo conjunto

Un grupo mixto ad-hoc elaboró y propuso una lista de posibles áreas de trabajo conjunto, que fue presentada y perfeccionada en la sesión plenaria final del Encuentro.

El criterio de las propuestas iniciales fue eminentemente pragmático en términos de viabilizar a corto plazo y con los recursos indispensables disponibles, una experiencia de trabajo conjunto, a ser ampliada a medida que se realizaba. Los acuerdos fueron los siguientes:

1. Favorecer el intercambio de docentes para cursos de especialización en recursos humanos de carácter internacional, a realizarse alternativamente en ambos países.
2. Facilitar el intercambio de material de instrucción utilizado en las experiencias innovadoras de capacitación en los dos países.
3. Movilizar consultores hacia áreas específicas en apoyo de proyectos definidos en cada país, en los campos que carezcan de especialistas. (Resalta el interés manifestado por la Argentina en el área de epidemiología.)
4. Elaborar los términos de referencia para el desarrollo de proyectos de investigación en el campo de la sociología de las profesiones para orientar la formulación de los proyectos y la utilización de sus resultados.
5. Sistematizar y actualizar la información sobre FTS a través de un trabajo conjunto IBGE-INDEC.
6. Hacer una delimitación teórica del área de utilización de personal referente a los problemas de mercado de trabajo; administración de personal, condición y medio ambiente de trabajo; explorar la posibilidad de articulación con OIT-CIAT.
7. Intercambio de experiencias de capacitación de docentes de ciencias de la salud, a través de la articulación entre los proyectos desarrollados por los grupos de trabajo.

UNA EXPERIENCIA DE ADMINISTRACION DE PROGRAMAS DE RESIDENCIA MEDICA

Ruy G. Bevilacqua,¹ Silvia de A. Prado Sampaio¹ y Antonio Carlos de Azevedo¹

INTRODUCCION

La adecuación de los perfiles profesionales de los trabajadores de salud en la opinión de casi la totalidad de los analistas del sector, es uno de los problemas más apremiantes para la viabilización de sistemas de salud más efectivos. Cuando esos profesionales son médicos, la cues-

¹ Miembro, Programa de Bolsas de Residencia Médica de FUNDAP, São Paulo, Brasil.

ción asume una nueva dimensión debido a factores de carácter histórico, cultural y político, frente a la proyección desproporcional que esos profesionales presentan en comparación con el resto de la fuerza de trabajo en salud.

La residencia médica es, a su vez, el factor predominante de la multiplicación de especialidades y de la indispensable calificación de los distintos médicos especialistas que ingresan como trabajadores en el sector salud.

La administración de programas de residencia médica es así una oportunidad que no debe ser subestimada a fin de desarrollar un proceso de adecuación continua de los perfiles profesionales adaptados a las necesidades cambiantes de los sistemas de salud. Esa situación resulta todavía más importante con relación a los países con sistemas políticos liberales, como es progresivamente el caso de Latinoamérica donde el perfil profesional de los médicos resulta menos de imposiciones del sector salud que de una compleja relación dialéctica entre las aspiraciones de realización profesional y las necesidades de salud de la población.

La actividad de la residencia médica existe en el Brasil desde mediados del decenio de 1940. No obstante fue reglamentada a nivel federal en 1977, cuando fue creada la "Comisión Nacional de Residencia Médica". La necesidad de adaptar los programas gubernamentales a las exigencias de ese nuevo órgano normativo, incluso la mejora de los niveles de remuneración de los residentes, obligó al gobierno del Estado de São Paulo a organizar un sistema de administración de esa actividad.

La "Fundación de Desarrollo Administrativo-FUNDAP" es una institución pública de carácter autónomo, creada en 1974 por el Estado de São Paulo, con la finalidad de incrementar los niveles de eficiencia de la administración pública del Estado. Sus actividades comprenden: formación de recursos humanos, investigación y creación de nuevas tecnologías administrativas, consultoría en organización y cooperación técnica nacional e internacional. Esa institución asumió la administración de los programas gubernamentales de residencia médica del Estado de São Paulo en 1979, como ya ocurría con otras actividades de adiestramiento a nivel de postgrado. La naturaleza de la institución administradora hizo que muy precozmente se detectara la necesidad de estudios adicionales con la finalidad de aclarar una serie de aspectos esenciales a la toma de decisiones relativas a esos programas.

En la actualidad los dos órganos de decisión sobre los Programas de Residencia Médica son el CONFOPAS (Consejo Estatal de Formación Profesional en el Área de Salud), constituido por representantes de la alta administración del gobierno del Estado, encargado de la distribución de los recursos financieros y las decisiones finales respecto al número de becas. Además existe un consejo técnico (Comisión

Técnica Especial), constituido por expertos en residencia médica del Estado (generalmente responsables por los principales programas).

Actualmente la FUNDAP administra becas de 262 programas de residencia médica, ubicados en 21 instituciones médicas del Estado. En total son 3000 becas de residencia médica además de otras 830 de perfeccionamiento incluyendo el entrenamiento de enfermeros, psicólogos, bioquímicos, farmacéuticos, biólogos, nutricionistas, fisioterapeutas y otros tipos de profesionales. Esos números representan 42% de los becados en residencia médica en el país.

Los programas de investigación desarrollados desde 1980 comprenden estudios relativos a la enseñanza, mercado de trabajo y a las necesidades de salud de la población, buscando adecuar exactamente esos tres aspectos. Recientemente fue publicado el resultado de una investigación respecto a la situación de trabajo de los egresados de los programas en las distintas especialidades. Ese estudio muestra las condiciones actuales de trabajo de los egresados por especialidad, sexo, local de actuación (capital, región metropolitana, interior del Estado), su remuneración e intensidad de trabajo. Como ejemplo, se demostró que el 74,2% de los médicos de la capital y el 83,5% de los del interior del Estado dedican más del 51% de sus horas laborales a la especialidad en la cual hicieron su entrenamiento.

Otra investigación de importancia realizada, fue la de la evaluación de los programas de perfeccionamiento que buscan clasificar ese tipo de programa según su capacidad de generar profesionales de acuerdo con las oportunidades del mercado de trabajo.

A partir de 1988, en la ausencia de parámetros nacionales que identifiquen el perfil profesional deseable para cada tipo de especialista, como condición indispensable para una futura evaluación de la efectividad de los programas, o sea de su capacidad de generar en los egresados las aptitudes constituyentes del mencionado perfil, la FUNDAP realizó una serie de talleres denominados "Competencias Mínimas Obligatorias" de los médicos especialistas. La finalidad de esta actividad es obtener un listado de los actos, procedimientos y habilidades que los residentes deben adquirir durante el entrenamiento en cada una de las especialidades médicas. La idea es la de que no se valore solamente la acumulación de conocimientos sino del conjunto de la práctica de la especialidad estudiada. La obtención de ese perfil permitirá la progresiva educación de los programas y el desarrollo de un futuro proceso de evaluación de la calidad. En esas oficinas de trabajo se encuentran peritos en enseñanza de la especialidad estudiada, representantes de la sociedad científica de la misma y expertos en residencia médica, administración y evaluación de servicios de salud además de pedagogos. Hasta la fecha existen 29 oficinas relacionadas con las especialidades en: nefrología, cirugía plástica, cirugía gastroenteroló-

gica, laboratorio clínico, otorrinolaringología, neurología, neurocirugía, cirugía de cabeza y cuello, dermatología, enfermedades transmisibles, alergia/inmunología, neumonía, cirugía torácica, anestesia, cardiología, cirugía cardíaca, genética médica, neuropediatría, gastroenterología clínica, radiología, radioterapia, medicina nuclear, oftalmología, cirugía pediátrica, anatomía patológica, cirugía vascular (periférica), ortopedia y traumatología, hematología y hemoterapia, y reumatología. Para 1990 se programan ocho talleres más.

Una cuarta línea de investigaciones se relaciona con la evaluación cuantitativa de la capacidad de formación de los programas de residencia médica. Ese tipo de investigación busca adicionar a los criterios subjetivos tradicionales, un criterio cuantitativo, que establezca las diferencias en capacidad de absorber nuevos residentes entre los distintos programas. Consiste en la elaboración de una matriz de indicadores de capacidad didáctica distribuidos entre cuatro campos de análisis (aspectos físicos, aspectos funcionales, recursos humanos y actividades didácticas complementarias) que se somete a tres paneles distintos de expertos (especialidades clínicas, quirúrgicas y otras especialidades) que según la técnica Delphi, atribuyen pesos entre 0 y 5 a cada indicador. A continuación los responsables de los programas llenan cuestionarios que permiten el cálculo de cada indicador propuesto. Esos indicadores son transformados en el dato correspondiente como variable estándar "Z", lo que elimina la influencia del valor absoluto de las variables y resalta solamente su variación entre las distintas instituciones. Los pesos obtenidos en los paneles de expertos son multiplicados por los valores de la variable "Z" calculados para la especialidad en estudio en cada institución, resultando que al extraer y sumar el promedio de cada variable y de cada campo se agrega progresivamente una anotación final ("score") de la capacidad didáctica del programa en cuestión. El examen de los distintos indicadores y de los distintos campos permite además determinar cuáles son los aspectos que más influencia tuvieron en la determinación de ese indicador cuantitativo de capacidad didáctica, lo que puede orientar las modificaciones futuras de los programas.

La propuesta futura de trabajo de la institución comprende el desarrollo de nuevas investigaciones que logren finalmente una verdadera evaluación cualitativa de los programas de residencia médica y del perfeccionamiento de otros profesionales.

El modelo FUNDAP de administración de programas de residencia médica, mediante la utilización de una institución pública independiente y ágil, parece indicar que se puede así establecer un proceso progresivo de incremento de conocimiento que permita la futura formación de profesionales cada vez más adecuados al desarrollo de los sistemas de salud.

A ROTATIVIDADE DOS ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL-ESCOLA

*Maria Luiza Anselmi,¹ Emilia Luigia S. Angerami¹
e Armando Mario Infante²*

INTRODUÇÃO

Os trabalhadores, ao iniciarem suas relações de emprego no mercado de trabalho o fazem numa determinada instituição que integra esse mercado. A partir daí, estabelecem-se vínculos formais de trabalho entre o trabalhador e a organização. Tais vínculos pressupõem a existência de interesses de ambas as partes e podem cessar em um momento dado, devido a inúmeros fatores; assim, sua durabilidade sofre diversas influências.

O fenômeno da rotatividade pode ser entendido como o processo de mudança na composição da força de trabalho (1) e caracteriza-se pelos desligamentos de um certo número de empregados e admissão de novos para preencher os claros deixados na organização, revelando a movimentação da força de trabalho entre o mercado de trabalho e a instituição.

A frequência com que ocorre a substituição não planejada da força de trabalho, a carreta sérias conseqüências para as organizações, pelo prejuízos, não só de bases monetárias, referentes à própria diminuição da produção, mas também no tempo que se dispenderá para recrutar, selecionar e treinar um novo elemento.

Os estudos sobre rotatividade no trabalho hospitalar, especificamente de enfermeiros, começam a surgir nos Estados Unidos da América (EUA), ao final da década de 50 e durante as décadas subsequentes, mostrando que os hospitais ainda convivem com altas taxas de rotatividade de enfermeiros, em média 35 a 50% an ano (2-4).

Em âmbito nacional, poucos são os estudos acerca do assunto (5-7), e apenas um deles preocupa-se em medir o fenômeno (8).

Sabe-se que no Brasil o trabalho de enfermagem tem espaço assegurado desde longa data nas instituições hospitalares. Ele se realiza

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto São Paulo. Endereço para correspondência: Campus de Ribeirão Preto, 14049 Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

² Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

de forma associada com o de outros profissionais, em especial o médico, num regime de cooperação técnica (9), e compõe-se, ainda, de ações que são partilhadas entre as diferentes categorias de profissionais e auxiliares de enfermagem, numa diversidade de atribuições, responsabilidades e níveis de formação.

Nos hospitais brasileiros, de maneira geral, o pessoal de enfermagem representa uma parcela significativa, em média, mais de 40% de todo o pessoal do hospital (10).

A quantidade de recursos humanos necessita ser mantida em níveis suficientes para atender a demanda de serviços. Uma movimentação excessiva desses recursos, proveniente da intensificação de saídas de trabalhadores provoca desequilíbrios na composição do quadro de pessoal, acarreta custos e, em última análise, impõe efeitos indesejáveis, tanto na qualidade como na quantidade de serviços prestados, no caso, a assistência de enfermagem.

Embora seja um fenômeno complexo, pelas variáveis que influenciam seu comportamento, a rotatividade é passível de mensuração. Entre as estatísticas de utilidade para medir a rotatividade têm-se as taxas, proporções, médias, medianas, etc. . .

O exame desse fenômeno, em qualquer ramo da atividade humana, configura dois aspectos. O primeiro, onde através da aplicação de algumas estatísticas ele é mensurado, o outro, consiste na identificação de suas causas. Este trabalho detém-se no primeiro aspecto, denominado pesquisa da estrutura da rotatividade, onde procurou-se determinar as taxas de rotatividade dos enfermeiros numa instituição hospitalar de ensino, analisando e comparando-as às taxas apresentadas pelos médicos e auxiliares de enfermagem.

MATERIAL E MÉTODOS

Área do estudo

O trabalho foi desenvolvido em um hospital-escola, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), localizado na cidade de Ribeirão Preto, interior do Estado de São Paulo.

Na ocasião de sua realização, março de 1988, o hospital contava com 555 leitos ativados e um quadro de pessoal, cargos efetivamente preenchidos, de 3 850 servidores.

Na Divisão de Enfermagem estavam alocados 1 468 funcionários (38%) do total do pessoal do hospital.

Nessa época, no HCFMRP-USP, a relação enfermeiro/leito era de aproximadamente 1:1,9, para o auxiliar de enfermagem, 1:1,1. Essa situação pode ser considerada bastante privilegiada considerando-se o panorama nacional em relação à força de trabalho em enfermagem, particularmente nos hospitais públicos, onde existem 3,3 enfermeiros e 14,5 auxiliares de enfermagem para cada 100 leitos (10).

População

A população em estudo constituiu-se de todos os enfermeiros, auxiliares de enfermagem e médicos, admitidos no HCFMRP-USP e dele demitidos no período compreendido entre os anos de 1979 e 1985.

A inclusão de médicos e auxiliares objetivou oferecer suporte às análises e comparações pretendidas na mensuração da rotatividade.

Essas três categorias de trabalhadores são selecionadas por concurso público, e seus contratos de trabalho regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (C.L.T.), pressupondo portanto, em termos trabalhistas, igual tratamento perante a instituição.

Procedimento

Para mensurar a rotatividade, selecionaram-se duas medidas de natureza global: a taxa líquida de substituição (11) e a permanência média no emprego, em anos (12).

A primeira medida, representa a substituição média de pessoal no período (ano) e é dada pela seguinte fórmula:

$$T_{L_s} = 100.(L_{-1}/L_r) \text{ onde:}$$

L_{-1} = número de empregados com menos de um ano de serviço, ao final do ano considerado,

L_r = número total de empregados, no final do ano considerado.

A segunda medida escolhida, informa o número de períodos (anos) necessários para se renovar inteiramente o quadro de pessoal, supondo-se que as admissões, desligamentos e pessoal ocupado no período, cresçam ou decresçam no mesmo ritmo que por ocasião de sua mensuração. Permite também caracterizar a estabilidade no emprego. Quanto maior o valor obtido, maior a estabilidade.

A fórmula que possibilita produzir estes valores está apresentada abaixo:

$$P = N / (1/2(A + D)) \text{ onde:}$$

N = número de empregados na unidade, no fim do período,
 A = número de admissões, no período,
 D = número de demissões, no período

Para a aplicação das medidas referidas foram verificadas, ano a ano, nominal e quantitativamente, as admissões e demissões das categorias incluídas no estudo, através de consulta às fichas preenchidas mensalmente pelo Centro de Recursos Humanos do hospital, e fornecidas pelo Ministério de Previdência Social, Departamento Nacional de Mão-de-obra, Cadastro Geral de Empregados e Desempregados. Lei no. 4 923 de 23 de dezembro de 1965.

RESULTADOS

Os simples números absolutos de admissões e desligamentos já constituem um indicador da flutuação da mão-de-obra (11). Desse modo, os dados coletados mostram que, ao final do período analisado, a categoria enfermeiros teve, em relação às demais, o dobro de admissões e também o maior número de desligamentos. Tomando-se ano a ano, as admissões de enfermeiros são sempre superiores a dos auxiliares e médicos, exceto em 1981 (tabela 1).

Taxa líquida de substituição

Pelos resultados obtidos nessa medida, verifica-se que os enfermeiros mantiveram taxas superiores às dos auxiliares de enfermagem, ao longo dos sete anos estudados. Os médicos apresentam taxas maiores apenas nos anos de 1981 e 1982.

Confirmando os níveis mais elevados de substituição para enfermeiros, tem-se as variações mínimas e máximas dessas taxas em cada categoria. A de enfermeiros varia de 7,48 a 37,38%; a de auxiliares de 1,76 a 15,44% e a de médicos de 2,74 a 29,05% (tabela 2).

Caracteriza-se, desta forma, que para as categorias analisadas dentro do quadro de pessoal do HCFMRP-USP, a renovação de posições de enfermeiros é a maior.

TABELA 1. Frequências absolutas de admissões (A) e desligamentos (D) no HCFMRP-USP, segundo categoria profissional, no período de 1979 a 1985

Categoria profissional	Ano															
	1979		1980		1981		1982		1983		1984		1985		Total	
	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D
Enfermeiro ^a	39	18	84	18	17	22	52	35	18	18	19	34	52	26	281	171
Médico ^b	13	9	15	9	32	12	45	9	8	10	4	6	11	5	128	60
Auxiliar de enfermagem	36	14	17	19	22	11	11	17	6	11	7	25	30	16	129	113

Nota: ^aInclui todos os profissionais titulados como enfermeiro, independente do cargo que ocupam na Instituição.

^bProfissionais contratados de conformidade com a Consolidação das Leis de Trabalho (C.L.T.); não docentes.

Fonte: Fichas mensais do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), entregues ao Cadastro Geral de Empregados e Desempregados do Ministério de Previdência e Assistência Social, Departamento Nacional de Mão-de-Obra.

TABELA 2. Taxa líquida de substituição* (T_L) de mão-de-obra HCFMRP-USP, segundo categoria profissional e ano, no período de 1979 a 1985

Categoria profissional	Ano						
	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Enfermeiro	16,48	37,38	8,50	21,86	7,48	8,37	20,70
Médico	14,28	11,58	26,31	29,05	5,44	2,74	6,62
Auxiliar de enfermagem	11,35	15,44	5,41	2,30	1,76	1,77	6,74

*Taxa líquida de substituição T_L dada por: 100. (L_{-1}/L_t) onde:

L_{-1} = no. de empregados com menos de um ano no serviço, no final do ano analisado.

L_t = no. total de empregados, no final do ano analisado.

Permanência média no emprego (em anos)

Os resultados alcançados pela aplicação desse indicador, quando confrontados com aqueles obtidos nas outras categorias, mostram a baixa permanência do enfermeiro na instituição (tabela 3).

Estabelecendo-se a média de permanência para cada categoria, os enfermeiros permanecem trabalhando no hospital, em média, 7,28 anos; os médicos, 13,03 anos e os auxiliares de enfermagem, 21,06 anos. Desta maneira, os enfermeiros exercem suas atividades por um tempo médio equivalente a cerca de $\frac{1}{3}$ e $\frac{1}{2}$ do tempo em que os auxiliares e médicos permanecem, respectivamente, na organização.

Outra forma de interpretação para esses resultados, é a seguinte: tomando-se por base o ano de 1985, mantidas as condições vigentes nesse ano, ou seja, o número de admissões, desligamentos e pessoal ocupado, ter-se-á renovado totalmente o quadro de enfermeiros no prazo de 5,8 anos, o que significa ser este o tempo máximo de trabalho do enfermeiro no hospital.

DISCUSSÃO

Sabendo-se que as medidas de rotatividade são indicadores sensíveis a movimentos internos e externos da organização, sejam eles de expansão ou de retração no desenvolvimento das atividades organizacionais, é fundamental considerá-los, no momento das análises dos resultados alcançados, nas mensurações efetuadas. Neste sentido, é importante salientar o aumento do número de leitos ocorrido ao final de 1978 e no decorrer de 1979, de 350 para 530, gerando ampliação no quadro de pessoal, com conseqüente elevação na quantidade de admissões, nos anos de 1979 e 1980.

TABELA 3. Permanência média no emprego,* em anos, no HCFMRP-USP, segundo categoria profissional e ano, no período de 1979 a 1985

Categoria	Ano						
	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Enfermeiro	6,38	4,04	10,26	4,94	11,88	7,66	5,82
Auxiliar de enfermagem	10,92	16,33	19,03	23,93	40,00	21,12	16,13
Médico	8,27	7,92	5,18	5,48	16,33	29,20	18,87

*A permanência média no emprego é definida pelo tempo médio, em anos, que o pessoal permanece trabalhando na Instituição. É dada por $N/(1/2(A + D))$ onde: N = n° de empregados na unidade, no fim do período; A = n° de admissões no período e D = n° de desligamentos, no período.

Nos processos de seleção realizados de 1979 a 1985, para as categorias estudadas, foram aprovados 410 enfermeiros, 538 auxiliares e 233 médicos. Estes números evidenciam uma oferta razoável de mão-de-obra no mercado de trabalho local.

No que se refere aos auxiliares isto pode ser explicado pela existência, dentro da própria estrutura do hospital, de um centro formador de profissionais de nível médio, onde está incluída a categoria.

Quanto aos enfermeiros, embora ainda se constate oferta destes profissionais, em sua maioria provenientes do curso de Enfermagem existente na cidade e que têm seu campo de atuação no HCFMRP-USP, observa-se que, desde 1986, há uma diminuição pela procura ao curso. Das 240 vagas oferecidas entre 1986 e 1988, apenas 152 foram preenchidas. A curto prazo, se esta situação perdurar, acarretará uma redução no número de egressos e, conseqüentemente, diminuição na oferta de enfermeiros. A rotatividade acentuada deste profissional, evidenciada neste estudo, poderá agravar o quadro exposto.

Em relação aos médicos, com a ampliação das atividades do hospital em 1978, o corpo docente da Faculdade de Medicina tornou-se insuficiente para atender a toda a demanda, de ensino, pesquisa ou assistência médico-hospitalar, e os departamentos da Faculdade optaram pela contratação de médicos, sem vínculos com a Universidade. Outro elemento a ser analisado, foi a reestruturação da carreira de médico, em termos de cargos e salários, efetuada pelo governo do Estado, e que talvez seja um dos fatores que tenha atraído a categoria a permanecer na instituição, diminuindo o número de desligamentos e, assim, elevando a sua estabilidade no emprego.

O regime de trabalho do médico (20 a 24 horas semanais) também pode ser elemento de estabilidade, visto permitir-lhe conciliar outros empregos. Já para os enfermeiros e os auxiliares, a jornada

semanal de trabalho (40 horas) dificulta-lhes essa possibilidade. A medida que surgem ofertas mais vantajosas de emprego, é provável que estes profissionais se desligarão do hospital.

É fundamental salientar ainda que, no Brasil, 95% dos enfermeiros são mulheres e, numa profissão com esta característica, existe um contingente que deixa a atividade para regressar posteriormente (13), o que pode afetar a rotatividade desta categoria nas instituições de saúde.

No tocante aos movimentos externos, é importante observar os acontecimentos que se verificavam no contexto da economia do país.

O triênio 1981–1983 caracteriza-se por uma crise econômica sem precedentes no Brasil, resultante da opção recessiva adotada pelo governo para combater os desequilíbrios externos (14).

Uma das conseqüências da recessão foi a queda na rotação da mão-de-obra. O ajuste no nível de emprego deu-se, basicamente, através de uma queda nas novas admissões em vez de uma elevação nos desligamentos (14).

Entre as atividades econômicas, o setor público é o que mostra dificuldades em reagir às flutuações da economia, quer por inércia ou porque seja avesso à manipulação de sua força de trabalho, como forma de ajustamento às crises econômicas —em função do seu papel social ou caráter político— não transferindo o peso da crise para seu quadro de pessoal (11). Deste modo, esse setor, mesmo em períodos de crise, apresenta uma rotatividade inalterada.

O HCFMRP-USP, enquanto instituição governamental, apresentou, entre 1980 e 1983, percentuais elevados de admissões. Em parte, essas evidências são suficientes para se pensar que o hospital pouco se ressentiu dos efeitos da crise.

Olhando-se o mercado de trabalho em saúde e seus níveis específicos de emprego, observa-se que de 80 a 83 ocorreu um incremento no número de empregos de 23,5% para médicos, de 29,2% para enfermeiros e de 40% para auxiliares de enfermagem (13).

No hospital, o incremento real de empregos para enfermeiros foi de 24,7%, de 1979 a 1985, de 35,9% para auxiliares e de 71,4% para médicos, mostrando novamente que a instituição manteve-se praticamente imune à crise econômica.

CONCLUSÕES

Tratando-se de uma instituição pública, o atendimento a determinadas normas e à legislação vigente, torna o processo de substituição de funções em vacância demorado, aproximadamente dois meses; além disso, estima-se que somente após seis meses da admissão

e alocação numa área específica, é que o enfermeiro estará adaptado e integrado à dinâmica do trabalho da unidade, desempenhando efetiva e produtivamente o seu papel.

Deste modo, analisando-se essas condições, juntamente com os resultados obtidos na mensuração da rotatividade, é possível concluir que a rotatividade do enfermeiro, comparada à das demais categorias, é a mais elevada, dentro do período estudado. Porém, este fato não se dá em virtude do incremento real no número de empregos verificados no hospital, visto que ele foi menor para os enfermeiros, e sim resulta do volume de substituições decorrentes das reposições aos desligamentos ocorridos no período.

Os níveis de rotatividade alcançados pelos enfermeiros ocasionam instabilidade do quadro de pessoal e impedem a formação de núcleos estáveis destes profissionais —que poderiam estar assegurando quantidade e qualidade da assistência de enfermagem, pela possibilidade de participação nas equipes de trabalho, e o crescimento, pela participação em cursos de educação continuada *latu sensu* e *strictu sensu*— elevando assim, o preparo profissional e repercutindo em benefícios para a instituição.

RESUMO

Neste trabalho, procurou-se avaliar e comparar a rotatividade entre enfermeiros, médicos e auxiliares de enfermagem de um hospital-escola da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, no período de 1979 a 1985.

A rotatividade foi mensurada por dois indicadores globais: a taxa líquida de substituição e a permanência média no emprego, em anos.

A categoria enfermeiro apresentou maior número de admissões bem como de desligamentos, durante o período estudado. As taxas líquidas de substituição deste profissional, de modo geral, foram superiores àquelas obtidas nas demais categorias. A variação máxima e mínima dessas taxas, durante o período, foi de 7,48 a 37,38% para os enfermeiros, 1,76 a 15,44% para os auxiliares de enfermagem e de 2,74 a 29,05% para os médicos.

Os enfermeiros mostraram uma média de permanência no trabalho, na instituição analisada, de 7,26 anos, enquanto que para os médicos e os auxiliares de enfermagem essas médias foram de 13,03 e 21,06 anos, respectivamente.

Para a análise dos resultados procurou-se captar os movimentos internos e externos à organização focalizada, tanto os de expansão como os de retração nas atividades organizacionais, e que pu-

dessem estar influenciando nos níveis de rotatividade da sua força de trabalho.

Evidenciou-se uma rotatividade elevada dos enfermeiros no período analisado, resultante não da expansão de admissões, em virtude da criação de cargos novos para estes profissionais, mas sim, de admissões que visavam as reposições decorrentes dos desligamentos que ocorreram com maior frequência nesta categoria.

REFERÊNCIAS

- 1 Van der Merwe, R. e Miller, S. The measurement of labor turnover. *Hum Relat* 24(3):223-256, junho, 1971.
- 2 Syboli, J. W. et al. Turnover among nurses: it can be managed. *J Nurs Adm* 8(9):4-9, setembro, 1978.
- 3 Sredl, D. R. Administrative turnover. *Nurs Manage* 13(11):24-29, novembro, 1982.
- 4 Lowery, B. J. e Jacobsen, B. S. On the consequences of overturning turnover: a study of performance and turnover. *Nurs Res* 33(8):362-363, novembro/dezembro, 1984.
- 5 Baptista, W. A. *Contribuição ao estudo da assistência de enfermagem: análise de alguns fatores relacionados à administração em enfermagem que podem interferir na assistência ao paciente*. Ribeirão Preto, USP/Escola de Enfermagem, 1979. Dissertação de Mestrado.
- 6 Burlamaque, O. S. *Estudo do desempenho do enfermeiro de um hospital em nível de unidade de internação*. Porto Alegre, UPRGS/Escola de Enfermagem, 1981. Dissertação de Mestrado.
- 7 Costa, S. C. et al. Aspectos da Administração da Assistência de enfermagem num hospital universitário da Região Sudeste. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 37, Recife, novembro de 1985. *Anais*. Brasília, ABEn, 1985.
- 8 Costenaro, O. M. V. et al. Rotatividade de Pessoal: causas, conseqüências e propostas. *Rev Paul Enferm*, São Paulo 7(1):40-43, julho/dezembro, 1987.
- 9 Nogueira, R. P. A força de trabalho em saúde. *Rev Adm Pública* Rio de Janeiro, 17(3):61-70, julho/setembro, 1983.
- 10 Conselho Federal de Enfermagem/ Associação Brasileira de Enfermagem. *Força de trabalho em enfermagem: o exercício da enfermagem nas instituições de saúde do Brasil. 1982-1983*. Rio de Janeiro, CONAFEN/ABEn, 1985.
- 11 Tanabe, M. Contribuição ao estudo da rotatividade da mão-de-obra. São Paulo, USP/Faculdade de Economia e Administração, 1985. Tese de doutoramento.
- 12 Ely, S. M. R. Medidas de turnover na indústria do Rio Grande do Sul. *Rev Adm Pública*, Rio de Janeiro, 13(3):85-108, julho/setembro, 1979.
- 13 Nogueira, R. P. *Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil, 1970-1983*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 1986.
- 14 Sabóia, J. L. M. Transformações no mercado de trabalho no Brasil durante a crise: 1980-1983. *Rev Econ Polit*, São Paulo, 6(3):82-106, 1986.

NOTICIAS

CURSO DE INFORMACION EN RECURSOS HUMANOS, FIOCRUZ, BRASIL

Entre el 2 y el 13 de julio del año en curso tuvo lugar en la Escuela Nacional de Salud Pública, Fundación Oswaldo Cruz, en Rio de Janeiro, un curso de Información en Recursos Humanos, que forma parte de un proceso de trabajo iniciado por la Organización en este campo. El evento tuvo amplia participación brasileña, y se contó además con participantes de otros países de la Región. El contenido del curso incluyó el tratamiento de cuestiones relativas a métodos demográficos, estadísticas domiciliarias, fuentes administrativas, discusión de posibles estrategias a seguir en los países y el delineamiento de líneas de actuación. Además, y en forma paralela, se desarrolló un Seminario sobre el tema de UNIDADO, actualmente en desarrollo en Brasil y en la Oficina Central de la Organización.

ASPECTOS ECONOMICOS DEL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

Del 12 al 30 de noviembre de 1990 habrá tenido lugar en el prestigioso Centro de Estudios Económicos de la Salud de la Universidad de York, Inglaterra, el curso anual sobre Administración y Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud. El curso está destinado a desarrollar capacidad para la gestión y la conducción del proceso de desarrollo de personal de salud a la luz de los problemas financieros y sociales que la mayoría de los países enfrentan en la actualidad; particular interés se tiene en la participación de responsables de estas cuestiones en los ministerios de salud de los países del Tercer Mundo. El curso revisa el proceso de desarrollo de personal y sus interrelaciones con el sistema de servicios de salud; los sistemas de financiamiento en el esquema actual de crisis; las opciones frente a los desbalances que se encuentran en el mundo; los requerimientos de información para la

planificación, los métodos de proyección de demanda, las técnicas de prospectiva y los estudios de productividad, el análisis de tareas y los problemas particulares de utilización de personal.

El Centro de Estudios Económicos de la Salud fue fundado en 1983 y tanto la mayoría de su personal como sus campos principales de acción se centran en la economía de la salud y las investigaciones que al respecto pueden ser desarrolladas. La dirección para mayores informaciones sobre actividades de este tipo para 1991 es la siguiente: Course Director, Centre for Health Economics, University of York, York YO1 5DD, United Kingdom.

CENTRO DE INFORMACION Y DOCUMENTACION "LIC. FRANCISCA DE CANALES" EN HONDURAS

En la mañana del día lunes 28 de mayo, se realizó en el Ministerio de Salud de Honduras, una sesión de homenaje póstumo a la memoria de la Lic. Francisca Hernández de Canales. Se refirieron a la trayectoria de la Lic. Canales tanto el Señor Ministro de Salud del país como el Director de la Organización Panamericana de la Salud. En esa ocasión se firmó el convenio entre la OPS y el Ministerio de Salud para que el Centro de Información y Documentación inaugurado ese mismo día con el nombre de la Lic. Francisca de Canales, pase a ser punto focal de una red latinoamericana de información científico-técnica en el país y, al mismo tiempo, eje de la red nacional de Centros de Documentación del Ministerio creados ahora en forma articulada en las distintas regiones sanitarias del país.

PREMIO PALTEX "DR. RAMON VILLARREAL"

La Representación de la OPS en la República Dominicana en coordinación con el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la OPS, institucionalizaron el Premio PALTEX "Dr. Ramón Villarreal" para el mejor estudiante del año en el área de ciencias de la salud en el país, con el propósito de incentivar la aplicación del estudiante y dar difusión masiva al Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción de la OPS. El Premio se entrega en el acto de graduación de cada una de las universidades del país participantes en el Programa. El premio "Dr. Ramón Villarreal" fue creado en homenaje a la memoria de este distinguido médico mexicano de extraordinaria actuación en el campo de la educación médica latinoamericana, quien fuera Jefe de la División de Recursos Humanos en Investigación de la OPS y falleciera en México en 1987.

GRUPOS DE TRABAJO Y DE ESTUDIO SOBRE RECURSOS HUMANOS EN CENTROAMERICA

El Programa de Desarrollo de Recursos Humanos ha iniciado una estrategia de trabajo tendiente a la creación de grupos de trabajo encargados del estudio y análisis permanente de los problemas de recursos humanos, a fin de que el nuevo conocimiento sobre el tema sea el producto de estos foros de estudio. En algunos países, sin embargo, esta modalidad había comenzado ya hace algunos años, pero los mecanismos de trabajo se han mejorado progresivamente. Se utiliza la celebración de reuniones y eventos para sentar las bases operativas de estos grupos. Así, en el Grupo de Trabajo sobre Tendencias en la Educación en Enfermería para la próxima década reunido en Honduras en mayo pasado y sobre el cual se informó en el número anterior de esta publicación, se responsabilizó a grupos docentes del desarrollo de distintas líneas de trabajo:

- Honduras y Nicaragua: Desarrollo de procesos educativos permanentes
- Guatemala y Costa Rica: Profundización del análisis prospectivo en las profesiones de salud
- Honduras: Investigación educacional
- El Salvador y Panamá: Promoción y desarrollo de liderazgo en salud

Por otra parte, en Honduras se ha revitalizado y fortalecido el Grupo Técnico de Recursos Humanos (antigua Comisión Nacional de Recursos Humanos) como foro permanente de análisis y orientación para las instituciones del sector, y con la participación de la Universidad y las instituciones de servicios.

Finalmente, y a propósito de la III Unidad del Proceso de Capacitación Avanzada en Desarrollo de Recursos Humanos celebrada en Managua, se organizó un proceso de estudio y trabajo a niveles nacionales en apoyo de los esfuerzos del Programa Regional de Recursos Humanos para conformar una base teórico-metodológica de lo que debe ser el proceso de administración y conducción del desarrollo de la fuerza de trabajo; este proceso estará encomendado a grupos subregionales y nacionales que se encargarán del examen permanente de las distintas áreas críticas identificadas por los participantes en la Unidad mencionada.

EDUCACION PERMANENTE DE PERSONAL DE SALUD

En un buen número de países de la Región se ha continuado con el proceso de reorientación de la educación permanente del personal de salud, en la mayoría de ellos ligado al desarrollo de los sistemas locales de salud. Así, en *Bolivia* se lleva a cabo en este momento un amplio proceso de capacitación de equipos facilitadores en las distintas regiones sanitarias del país, a base de talleres y grupos de trabajo en los propios servicios; esta línea fue iniciada con un Taller Nacional en que se tomaron decisiones críticas para el desencadenamiento del proceso, que ha comenzado ya en Chuquisaca, Cochabamba, Tarija, La Paz, Santa Cruz y Oruro. En *Cuba*, la estrategia de atención primaria está a cargo de los médicos y enfermeras de familia, y constituye, por esa razón, una línea de trabajo de alta prioridad en el Ministerio de Salud; las autoridades nacionales han tomado la decisión de fortalecer la capacitación de dichos profesionales a base de desarrollar procesos educativos de tipo permanente; para ello se ha iniciado una línea de trabajo para hacer ajustes a la propuesta reorientadora, a fin de hacerla congruente con los objetivos y la naturaleza de los programas de servicio mencionados. En la *República Dominicana* se realizó un Taller con funcionarios del Ministerio de Salud y de la Universidad destinado a iniciar un proceso de desarrollo conceptual y metodológico (véase el Vol. 24 No. 2 de esta publicación) para aplicar tanto a los pasantes en servicio social, como al resto del personal de los servicios del Ministerio. En *Honduras* ha continuado en pleno desarrollo la capacitación del personal de los primeros dos niveles de atención en las regiones de salud, en apoyo del proceso de conducción y gerencia a nivel local y regional; además, el proceso de reorientación de la capacitación ha sido iniciado a nivel de los hospitales regionales, con ajustes metodológicos pertinentes a la propuesta inicial, pero manteniendo la unidad conceptual propuesta y aceptada por el país; se inicia además la implementación de un proceso de capacitación permanente para las egresadas de enfermería de la Universidad que tienen responsabilidad en la conducción de los servicios en las regiones de salud; en esta última línea de trabajo se destaca la participación universitaria en la reorientación de los procesos capacitantes, conjuntamente con el personal de servicios. En *Guatemala* se ha continuado con la capacitación de equipos regionales de facilitadores del proceso en distintas áreas de salud del país. En *Nicaragua*, además del trabajo continuo en las Regiones, del que ya se ha informado en esta publicación, se ha iniciado una modalidad de integración docente-asistencial en León, con la creación del Municipio Docente-Asistencial en el que participa la Universidad a la par del Ministerio de Salud, y que reúne características y modalidades relevantes en el proceso reorientador.

En Washington, D.C., en la Sede de la Organización, tuvo lugar un Grupo de Trabajo para la preparación de instrumentos metodológicos que apoyen en los países a los grupos que trabajan en la identificación de problemas del trabajo que permitan derivar de ellos las necesidades de aprendizaje en que se fundamentan los procesos capacitantes; se ha utilizado para ello la experiencia de algunos países en este sentido, incluidas las de *Chile* y *Colombia* que han desarrollado modalidades diferentes con resultado satisfactorio en la conducción de la actividad de sus respectivos servicios de salud.

En la reunión del Grupo de Trabajo sobre Investigación Educativa en los Servicios que tendrá lugar en Cuba en noviembre de 1990, y sobre la cual se informará en el próximo número de esta Revista, se ha realizado un análisis crítico de la propuesta de educación permanente con el propósito de identificar mediante ese análisis, áreas que pueden ser sujeto de la investigación en apoyo de este esfuerzo reorientador.

Con la aparición de los Fascículos IX (Investigación en Servicios de Salud) y X (Propuestas de Trabajo) se completa la colección sobre Educación Permanente de la Serie Desarrollo de Recursos Humanos, que ha sido el vehículo transmisor y de apoyo más importante para este esfuerzo del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización.

IN MEMORIAM

HERMAN VARGAS MARTINEZ

El pasado 13 de octubre falleció en Washington, D.C., Estados Unidos de América, el Dr. Herman Vargas Martínez; costarricense por nacimiento, se había trasladado hacía poco tiempo a la capital norteamericana dado que recientemente se había incorporado al personal de la Organización Panamericana de la Salud, a la que prestaba sus servicios en el Programa de Salud del Adulto.

Se truncó así una vida joven y promisoría, que proyectaba su inquietud por el desarrollo técnico y científico de la medicina centroamericana a través de la organización de numerosas actividades académicas de pre y postgrado, del aporte de iniciativas y propuestas creativas, del estímulo al desarrollo de estudios e investigaciones, todo en un marco de dinamismo y alegría para el trabajo, el debate y la producción científica.

La Universidad de Costa Rica y la Caja Costarricense del Seguro Social, beneméritas instituciones del sector salud en su Costa Rica natal, sirvieron de escenario a la prolífica actividad de Herman Vargas; en la primera de ellas figuró, todavía como estudiante, en los grupos que apoyaron e impulsaron la reforma académica y administrativa que la Facultad vivió en los años 70; como docente, formó parte de comisiones técnicas y grupos de trabajo en la Facultad, desempeñó labores docentes en epidemiología, medicina social, y en el Departamento de Medicina Preventiva y Social, del cual llegó a ser su jefe.

En la Caja del Seguro Social tuvo a su cargo distintas responsabilidades en medicina preventiva, en las instancias de programación y planificación, y tuvo importante participación en el diseño y puesta en práctica de un novedoso sistema de utilización, producción y adquisición de medicamentos para la institución. Buena parte de su esfuerzo y su tiempo estuvo dedicado a impulsar en el sector salud, la difusión de información científico-técnica a través de la promoción del intercambio bibliográfico, de la creación de mecanismos de comunicación entre bibliotecas y centros de información y documentación de su país y del Continente.

Pero la actividad de Herman trascendió las fronteras de su patria.

Así, fue miembro destacado de la primera promoción que hizo la Maestría en Medicina Social en la Universidad del Estado de Guanabara, Brasil, habiendo ocupado una posición de liderazgo en el grupo de centroamericanos que hicieron su Maestría en esa promoción, todos los cuales regresaron al mismo tiempo a sus países de origen y promovieron, en sus Universidades, la inquietud por el desarrollo del conocimiento sobre lo social en las escuelas médicas de la subregión.

La Organización Panamericana de la Salud fue un espacio de trabajo amplio para Herman; gradualmente, su figura inquieta y campesina empezó a proyectarse en campos diversos del quehacer en salud que la Organización caloriza; el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos fue una de las áreas de trabajo donde su labor fue más fructífera; formó parte de distintos grupos de trabajo y de consulta en epidemiología e investigación; integró un grupo de trabajo que revisó en forma inicial la propuesta sobre análisis prospectivo; colaboró en las etapas iniciales de PASCAP en Centroamérica, en la formulación de lo que luego fue el Programa de Investigaciones en Salud que esa dependencia subregional impulsó en los países del área; pero su contribución más importante para el Programa fue el trabajo de preparación, diseño y organización, hecho en forma conjunta con otros profesionales del Programa, de la Residencia en Salud Internacional, que a la fecha de su muerte recién ha concluido la quinta generación de profesionales latinoamericanos que se forman en este campo.

Al momento de su muerte, el Dr. Vargas formaba parte del personal que labora en el Programa de Salud del Adulto, específicamente en la sección de enfermedades crónicas, donde estaba iniciando una labor de estudio y trabajo en búsqueda de respuestas a los problemas latinoamericanos pertinentes a este campo del conocimiento.

Educación Médica y Salud y el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización se asocian al duelo que aflige a la familia de Herman Vargas, y a los trabajadores de la Universidad de Costa Rica y de la Caja Costarricense del Seguro Social por esta pérdida lamentable y prematura de un valor joven de la medicina y la salud latinoamericanas.

FE DE ERRATA

En un número anterior de esta revista (Vol. 24, No. 2) en el artículo titulado "Proceso de trabajo y educación permanente de personal de salud: reorientación y tendencias en América Latina" aparece una sección referente a la experiencia de educación permanente en Bolivia (página 185) en que los nombres de los autores de esta sección se mencionan al pie de dicha página.

Por un lamentable error se omitió el nombre del Dr. José Quiñónez como co-autor; el Dr. Quiñónez era Consultor a corto plazo de la OPS/OMS en Bolivia.

LIBROS

CORPORACION MEDICA Y PODER EN SALUD

S. Belmartino, C. Bloch, A. Persello, M.I. Carnino; Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario, Argentina, 1989.

Esta publicación constituye una más de la serie publicada por la Representación de la OPS/OMS en la Argentina, y que promueve así la difusión del conocimiento argentino en relación con problemas actuales, vigentes en el Continente, relativos a salud y a las cuestiones de recursos humanos.

Los autores son funcionarios del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales que opera en Rosario, en el país austral; trabajan también en la Universidad Nacional de Rosario. (Al momento de publicarse, una de ellas, Carnino, era estudiante de último año de la Licenciatura en Historia en dicha Universidad; otro, Bloch, ha sido director del CESS por varios años, habiendo dedicado gran parte de ese tiempo al estudio de los problemas que afectan al gremio médico en su país y en el Continente.)

La obra hace una revisión histórica de lo acontecido en la Argentina entre 1920 y 1945 en la consolidación progresiva, gradual, de las corporaciones profesionales, en este caso la médica, y su inserción en la escala social y de poder en el país. Es producto de una investigación social, en la que destaca el abordaje interdisciplinario del problema que se constituye así, en el eje de análisis de un problema que tiene dimensiones mas allá de las fronteras del país utilizado como ejemplo.

Es un aporte bibliográfico valioso en apoyo a los que se preocupan del estudio de los problemas del poder en las estructuras de salud de América Latina.

H EALTH POLICY IMPLICATIONS OF UNEMPLOYMENT

G. Westcott, P.G. Svensson, H.F.K. Zöllner; Oficina Regional de la OMS para Europa, Copenhague, 1987.

“Con 35 millones de personas desempleadas en los países industrializados, el desempleo se ha convertido no solamente en un problema económico y de privaciones personales, sino además, en un problema importante de salud pública”. Con esa frase se introduce esta publicación de la Organización Mundial de la Salud que aborda por primera vez un nuevo aspecto de los problemas que se confrontan por parte de la fuerza de trabajo del sector.

La obra se basa en una serie de investigaciones en varios países de Europa y Asia, que han mostrado, entre otras cosas, la influencia grande del desempleo en problemas de salud tales como la depresión, el alcoholismo, la drogadicción, la conducta proclive al suicidio, y cada vez más, la mortalidad infantil. Contiene además información documental sobre la relación entre la inestabilidad económica y el deterioro de salud, con resultados de estudios realizados sobre individuos y sobre comunidades.

Constituye un valioso, bien sustentado y útil elemento de información y fuente de conocimientos sobre los problemas que se presentan a la fuerza de trabajo, derivados de las situaciones de crisis y dificultad en que se desarrollan las acciones del trabajo en salud.

E NFERMERIA EN SALUD COMUNITARIA: UN ENFOQUE DE SISTEMAS

Joanne E. Hall, Universidad de Ciencias de la Salud de Oregon, y Barbara Redding Weaver, Capital University, Columbus, Ohio, 1990.

Este libro, recientemente traducido al español y publicado por la Organización Panamericana de la Salud, recoge una serie de inquietudes de profesionales y educadoras de enfermería ante el reto de preparar a las estudiantes con una educación dirigida a la práctica en el mundo actual y en los años venideros. Los títulos de varios de sus

capítulos y secciones son suficientemente sugestivos acerca de la visión de futuro que se desea dar a los problemas, y la urgencia que se promueve de actualizar y revisar los enfoques en la educación del personal de enfermería, hacia los problemas prospectivos en salud. Tales títulos son, entre otros, los siguientes: Enfermería distributiva, más allá de los modelos biomédicos, funciones de mantenimiento de fronteras como proceso, contexto interaccional de la organización social, persistencia, cambio y crisis, crisis e intervención de crisis, cambio y persistencia, enfoque de sistemas en los componentes de la práctica de enfermería, intervención de enfermería con los individuos, base conceptual para la intervención de enfermería con las familias, la intervención de enfermería con las organizaciones complejas, tipología y definiciones en el entorno de las acciones de enfermería, enfoque transcultural, enfoque de estilo de vida, enfoque epidemiológico para la práctica de la enfermería, y otros.

Existe además en la obra una amplia sección dedicada al tratamiento de las aplicaciones clínicas de la enfermería, la enfermería distributiva en la seguridad ocupacional, la enfermería y el envejecimiento satisfactorio y finaliza con un amplio capítulo relativo a las aplicaciones educacionales de todas estas cuestiones.

EDUACION CONTINUA: UN SISTEMA PARA PERSONAL DE SALUD EN COLOMBIA

Alfonso Mejía-Vanegas y Aurelio Pabón Rodríguez, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, 1990.

Este libro, de aparición reciente, ha sido publicado por ASCOFAME (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina) con la colaboración del Instituto Colombiano de Seguros Sociales y la Fundación W.K. Kellogg. Describe, en gran detalle, los marcos conceptuales que han guiado las acciones y programas de educación continua en Colombia, que han gozado y siguen gozando de gran prestigio en el Continente. Hay una importante tradición colombiana en este campo, y en muchas ocasiones, el país ha sido pionero y ha brindado su experiencia y sus satisfacciones a otros países, dados los resultados que en distintos campos, sobre todo en la educación continua para los profesionales médicos, se han obtenido.

En una bien estructurada secuencia de capítulos, la obra se refiere a las justificaciones del programa en las diversas etapas evolutivas

del sector salud en el país, identifica los objetivos, y señala las estrategias que han sido utilizadas. Queda bien establecida la congruencia entre dichos objetivos y las necesidades emanadas de las políticas nacionales de desarrollo, sobre todo las de salud. Se señalan igualmente algunos problemas, limitaciones, la problemática administrativa, y la puramente educativa que el proceso ha encontrado. Indica la temática actualmente en demanda, los recursos existentes, los tipos de actividades educativas que el Programa ha puesto en práctica, los aspectos normativos y de acreditación, la organización administrativa, y los resultados obtenidos hasta ahora, que se presentan como anexos.

Constituye, en nuestra opinión, un valioso aporte a la bibliografía latinoamericana sobre las cuestiones de desarrollo de personal de salud, y en especial las que se refieren a la capacitación del personal laborante y a su mantenimiento satisfactorio ante las demandas poblacionales.

INDICE DEL VOLUMEN 24 (1990)

Educación Médica y Salud

A

Abreu, P. B. de, 424
Aguirre Huacuja, E., 412
Alayo, S. E. de, 140
América Latina, trabajo y educación permanente, 136-204
Anatomía, Congreso Panamericano de, IX, 216
André, Dalence, R., 91
Angerami, L. S., 452
Anselmi, M. L., 452
Argentina, 140-145, 260-279, 404-411, 440-448
Arnt, N., 306
Azevedo, A. C. de, 448

B

Bevilacqua, R. G., 448
Blum, E., 207
Bolivia, 91-95, 185-196
Borrell L., R. M., 160
Brandling-Bennett, D., 306
Brasil, 167-177, 215, 440-448, 462

C

Caleffi, L., 424
Canales, F. de, 177
Capacitación
avanzada en desarrollo de recursos humanos, 87-90, 205-212, 323
epidemiología, 214, 222-236, 330-344, 345-362
en Buenos Aires, 260-279

en Centroamérica, 295-305
evaluación en los SILOS, 196-200
investigación de necesidades, 172-177
metodología de resolución de problemas, 150-160
personal de nivel medio, 167-172
utilización en servicios de salud, 251-259
Castellanos, P. L., 237, 306
Centroamérica, 87-90, 295-305, 321, 464
Centro de Información y Documentación "Lic. Francisca de Canales", 463
Comité de Expertos en Educación Continua, Reunión, 96
Conferencia Latinoamericana de Educación en Enfermería, Segunda, 98-99
Consuegra, G., 177
Corresponsabilidad profesional operativa, 412-423
Cortés, M., 74
Crisis y salud en los años 90, 7-26
Cuba, 97, 280-294
Cursos sobre recursos humanos
capacitación avanzada, 323
internacional de especialización, 216
salud comunitaria y administración, 99
personal en niveles de conducción, 205-207
Curtis, Z., 140
Chang, M. I., 177
Chávez, H., 185
Chile, 150-160
Chorny, A. H., 27

D

- Davini, M. C., 52, 136, 140
 Desastres, materiales educativos sobre, 326-327
 Díaz, D., 140
 Dickinson, E., 222
 Dinamarca, 321
 Dos Santos, I., 167

E

Educación

- continua a nivel local, 96
- en enfermería, 98-99, 325
- farmacéutica, problemas y perspectivas, 387-403
- grupos operativos, 404-411
- investigación en servicios de salud, 52-73, 321-322
- orientación biosocial, 103-114
- permanente
 - de personal de salud, 465-467
 - en servicios municipales, 145-150
 - evaluación en jurisdicciones sanitarias, 196-200
 - para equipos regionales, 177-185
 - para médicos rurales, 160-166
 - para regiones de salud, 185-196
 - proyecto en Centroamérica, 321
 - y trabajo en América Latina, 136-204
- Eizirik, C. L., 424
- El Salvador, 464
- Encuentro Argentina-Brasil sobre desarrollo de recursos humanos, 440-448
- Enfermería
 - colaboración entre organizaciones

- no gubernamentales y la OPS, 96-97
- educación, 98-99, 325
- personal empírico, 140-145
- planificación, 324
- rotación en un hospital-escuela, 452-461
- Enfoque epidemiológico, en políticas y formación de recursos humanos, 74-86
- Enfoque estratégico, en desarrollo de recursos humanos, 27-51
- Engler, T., 7
- Enseñanza
 - de enfermería, 98-99, 325
 - de epidemiología, 237-388
 - de medicina, 379-388
- Epidemiología
 - aplicada, adiestramiento en, 222-236
 - capacitación, 214, 251-259, 330-344
 - en Buenos Aires, 260-279
 - e higiene, formación de especialistas, 280-294
 - enseñanza y desarrollo integral, 237-250
 - Informe Final del Grupo de Consulta, 345-362
 - políticas y formación de recursos humanos, 74-86
 - práctica, en los SILOS 306-320
 - utilización en servicios de salud, 251-259
- Escuela Técnica de Salud Boliviano Japonesa de Cooperación Andina, 91-95
- España, 99
- Estudiante de medicina
 - experiencias y actitudes sobre psiquiatría, 424-439
 - y éxito académico, 207-212

F

- Farmacía
 - educación en, 389-403
 - reunión de facultades de las Américas, 213-214
- Ferreira, J. R., 221-330
- Fierro Ayala, O., 412
- Foglia López, M., 412
- Fonseca, A. D. F. da, 424
- Franco Agudelo, S., 103
- Frenk, J., 115
- Fuentes, M. L., 91

G

- Galvão, E., 167
- García Gil, C., 74
- Goldbaum, M., 306
- Granados, R., 185
- Grupo de Consulta sobre Capacitación en Servicio en Epidemiología, 214
- Grupo de Trabajo sobre Investigación Educativa, 321-322
- Grupo de Trabajo sobre Planificación Estratégica, 324
- Grupo de Trabajo sobre Tendencias de la Educación en Enfermería, 325
- Guatemala, 464
- Guzmán, D., 185
- Guzmán, I. E., 150
- Guzmán, V. A., 150

H

- Haddad, J., 136, 330
- Haití, 251-259
- Hauck, J. R., 424

- Higiene y epidemiología, formación de especialistas, 280-294
- Honduras, 177-185, 463, 464
- Hospital-escuela, rotación en un, 452-461

I

- Infante, A. M., 452
- Información sobre recursos humanos, 213-214, 324, 462
- Informes, 345-362
- Investigación
 - educacional en servicios de salud, 52-73, 214, 321-322
 - en apoyo de procesos educativos, 97-98
 - sobre necesidades de capacitación, 172-177

L

- Lemus, J. D., 260
- Libros, 469-472
- Llerena, M., 185

M

- Manasse, H. R., 389
- Mariscal Anzoleaga, H., 91
- Márquez, P. V., 7
- Medicina
 - éxito académico de estudiantes, 207-212
- Médicos
 - formación, para los SILOS, 363-378
 - preferencias de ubicación y mercado de trabajo, 115-135
 - servicio rural, 160-166

Mejía, L., 177
Mercado de trabajo médico y los
SILOS, 115-135
México, 196-200, 207-212, 222-
236
Migliónico, A., 306
Ministerio de Salud Pública, Cuba,
280-294

N

Nájera, E., 74
Netto, M., 424
Nicaragua, 145-150, 464
Nigenda, G., 115
Noticias, 96-100, 213-217, 321-
327, 462-466
Novaes, H. de Moraes, 363

O

Oquelí, R. de, 177
Organización Panamericana de la
Salud
enfermería, colaboración con or-
ganizaciones no gubernamen-
tales, 96-97
Programa de Desarrollo de Recur-
sos Humanos en Salud, 1-6, 87-
90, 97, 101-102, 219-221

P

Panamá, 464
Paradiso, J. C., 404
Personal de salud, 136-204 (*véase*
también Recursos humanos)
Perú, 172-185
Pineda, E., 52
Piñeyro L., A., 207
Plaut, R., 306

Prado Sampaio, S. de A., 448
Premio PALTEX "Dr. Ramón Villa-
real", 463
Programa Ampliado de Libros de
Texto (PALTEX), 322
Psiquiatría, 424-439

Q

Quiñónez, J., 185

R

Ramírez Cuadra, C., 115
Ramírez, J. G., 412
Recursos humanos en salud
capacitación avanzada, 87-90,
205-207
cooperación del gobierno de Es-
paña, 99-100
cursos, 462
desarrollo, enfoque estratégico,
27-51
encuentro Argentina-Brasil, 440-
448
enfoque epidemiológico, 74-86
grupos de trabajo y estudio, 464
información sistemas de, 213-
214, 324
República Dominicana, 160-166, 237-
250, 464
Reseñas, 87-95, 205-212, 440-461
Residencia médica, 448-451
Reuniones
Anatomía, Congreso Panameri-
cano, 216
Educación Continua a Nivel Local,
Comité de Expertos, 96
Educación en Enfermería, Con-
ferencia Latinoamericana, 98-
99
Encuentro Argentina-Brasil sobre

desarrollo de Recursos Humanos, 440-448
 Epidemiología, Congreso Brasileño, 215
 Farmacia, Facultades de las Américas, 213-214
 Robledo Vera, C., 115
 Robles, S., 295
 Rocha, D. B., 424
 Rodríguez, C. S., 237
 Rosado, M., 74
 Roschke, M. A., 52, 136
 Rovere, M., 172
 Ruiz, L., 330
 Ruiz-Matus, C., 222

S

Salamanca, F., 145
 Salazar, M., 145
 Salcedo, J., 251
 Salud
 comunitaria y administración, 99
 internacional, situación y perspectivas, 100
 servicios de
 análisis del modelo de prestación, 326
 formación de médicos para, 363-378
 investigación educacional, 52-73, 214-215
 y crisis en los años 90, 7-26
 y educación, 103-114
 Sánchez, A., 145
 Sánchez Garay, N., 207
 Sepúlveda, J., 222
 Serrano, C. R., 185
 Sigaud, M. A., 52
 SILOS (*véase* Sistemas locales de salud)
 Sistemas locales de salud
 evaluación de capacitación en, 196-200, 215-216

formación del médico para, 363-378
 y trabajo médico, 115-135
 Sobral, D. T., 379
 Sociedad, orientación biosocial de la educación y salud, 103-114
 Solano, A., 74
 Sotelo, J. M., 185
 Spier, I., 424
 Stetler, H., 222

T

Tigre, C. H., 306
 Toro Madariaga, H. 150
 Trabajo y educación permanente, reorientación y tendencias en América Latina, 136-204
 Turcios, M. I., 145

U

Ubicación geográfica de médicos y el mercado de trabajo, 115-135
 Universidad latinoamericana y salud, 217
 USALC—XXI, evolución del trabajo, 325-326

V

Vargas Martínez, H., *In memoriam*, 467
 Vázquez Segovia, L. A., 115
 Veillard, S., 251
 Viciano, F., 74
 Villa Boase Silva, J., 424
 Villar, E., 172

Z

Zerda, M. de la, 91

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

La Oficina Sanitaria Panamericana —denominada hasta 1923 Oficina Sanitaria Internacional— se originó a raíz de una resolución adoptada por la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos (México, enero de 1902) en la que se recomendaba celebrar “una convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las repúblicas americanas”. Dicha convención (Washington, DC, 2-4 de diciembre de 1902) estableció la Oficina con carácter permanente. El Código Sanitario Panamericano (La Habana, 1924), ratificado por los gobiernos de las 21 repúblicas americanas, asignó 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 (Buenos Aires, 1947). Durante la XV Conferencia Sanitaria Panamericana (San Juan, Puerto Rico, 1958) se decidió cambiar el nombre de Organización Sanitaria Panamericana por el de Organización Panamericana de la Salud. La Oficina, en cambio, permaneció con el mismo nombre.

En virtud de lo acordado en 1949 entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Oficina Sanitaria Panamericana desempeña las funciones de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. La Organización Panamericana de la Salud funge también como organismo especializado interamericano en la esfera de la salud pública y goza de la más amplia autonomía para cumplir con sus objetivos.

Los propósitos fundamentales de la Organización Panamericana de la Salud son promover las acciones y coordinar los esfuerzos de los países del continente tendientes a combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes. Con el fin de lograr estos propósitos, la OPS colabora con los Gobiernos Miembros en el desarrollo y perfeccionamiento de los servicios nacionales y locales de salud pública, fomenta la investigación y el desarrollo de tecnologías, facilita los servicios de consultores, concede becas, organiza seminarios y cursos de capacitación, coordina las actividades que llevan a cabo los países en relación con problemas comunes de salud pública, recopila y distribuye información epidemiológica y datos de estadísticas de salud y desempeña diversas funciones afines. A través de sus publicaciones, la OPS disemina información científica y técnica de carácter internacional.

Gobiernos Miembros: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Grenada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela. **Gobiernos Participantes:** Francia, Reino de los Países Bajos, Reino Unido.

Cuerpos Directivos: Conferencia Sanitaria Panamericana (reunión cuatrienal), Consejo Directivo (reunión anual), Comité Ejecutivo (dos reuniones ordinarias al año).

Oficina Sanitaria Panamericana: Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director; Dr. Robert F. Knouss, Director Adjunto; Dr. George A. O. Alleyne, Subdirector.

CAPACITACION EN SERVICIO EN EPIDEMIOLOGIA:
REDEFINICION DE SU MARCO REFERENCIAL Y
METODOLOGICO • INFORME FINAL DEL GRUPO DE
CONSULTA SOBRE CAPACITACION EN SERVICIO EN
EPIDEMIOLOGIA • LA FORMACION DEL MEDICO PARA
ACCIONES EN LOS SILOS • INTERDISCIPLINARIDADE NO
ENSINO MEDICO • PROBLEMS AND PROSPECTS FOR
PHARMACEUTICAL EDUCATION IN THE AMERICAS •
GRUPOS OPERATIVOS EN EDUCACION PARA LA SALUD •
RESEÑAS • NOTICIAS • LIBROS

