

educación médica y salud



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES
DE FACULTADES [ESCUELAS] DE MEDICINA

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

La Oficina Sanitaria Panamericana, hasta 1923 denominada Oficina Sanitaria Internacional, tuvo su origen en una resolución de la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos (México, enero de 1902) que recomendó celebrar "una convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las repúblicas americanas". Esta convención tuvo lugar en Washington, D. C., del 2 al 4 de diciembre de 1902 y estableció la Oficina con carácter permanente. El Código Sanitario Panamericano, firmado en La Habana en 1924 y ratificado por los Gobiernos de las 21 repúblicas americanas, confirió funciones y deberes más amplios a la Oficina como órgano central coordinador de las actividades sanitarias internacionales en las Américas. La XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, 1947) aprobó un plan de reorganización en virtud del cual la Oficina se convirtió en el órgano ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana, cuya Constitución fue aprobada por el Consejo Directivo en su primera reunión celebrada en Buenos Aires ese mismo año.

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana (San Juan, Puerto Rico, 1958) decidió cambiar el nombre de la Organización Sanitaria Panamericana por el de Organización Panamericana de la Salud. El nombre de la Oficina no fue modificado.

En virtud del acuerdo celebrado entre la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, en 1949, la Oficina Sanitaria Panamericana asumió las funciones de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. La Organización Panamericana de la Salud es reconocida también como organismo especializado interamericano en el campo de la salud pública con la más amplia autonomía en la realización de sus objetivos.

Los propósitos fundamentales de la Organización Panamericana de la Salud son la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes. En el cumplimiento de sus propósitos, la Oficina colabora con los Gobiernos Miembros en pro del desarrollo y mejoramiento de los servicios nacionales y locales de salubridad, facilita los servicios de consultores, concede becas de estudio, organiza seminarios y cursos de capacitación, coordina las actividades de los países limítrofes en relación con problemas comunes de salud pública, recopila y distribuye información epidemiológica y datos de estadística sanitaria, y desempeña otras funciones afines. Su Director es el Dr. Abraham Horwitz.

educación médica y salud

Vol. 5

JULIO—AGOSTO—SEPTIEMBRE DE 1971

No. 3

Contenido

La relación entre estudiantes y docentes durante la enseñanza de la medicina— ALEJANDRO TARNOPOLSKY	185
La enseñanza de la odonto-estomatología para el estudiante de medicina—HORACIO RIVERA PERALTA	195
Los objetivos de la educación en la salud pública veterinaria: Pasado, presente y futuro—DONALD C. BLENDEN, C. R. DORN y H. M. PARRISH.....	200
Actividades de salud y población en las escuelas de salud pública de la América Latina—ROLANDO ARMIJO	211
Psicodrama con estudiantes de medicina: la crisis de identidad—FLAVO FORTES D'ANDREA	221
Problemas del personal auxiliar de salud en la América Latina—STEPHEN GARZA y OVIDIO BELTRÁN	236
Noticias:	
Creación de una nueva escuela de odontología en la Universidad Peruana Cayetano Heredia	254

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

EDUCACION MEDICA Y SALUD

Publicación trimestral de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina.

Suscripción anual: US\$2,00 ó su equivalente en la moneda del país respectivo.

Dirección postal:

Oficina Sanitaria Panamericana
525 Twenty-third St., N.W.
Washington, D. C. 20037, U.S.A.

INFORMACION A LOS AUTORES

Educación Médica y Salud gustosamente considerará para su publicación:

a) Artículos sobre educación y adiestramiento de personal para la salud en su concepto más amplio, especialmente los relacionados con planeación, desarrollo y evaluación de programas de enseñanza, nuevos métodos educacionales e investigación en educación médica y desarrollo de recursos humanos para la salud. En lo posible, no deberán exceder de 3.000 palabras y habrán de venir acompañados de un resumen breve. Las referencias bibliográficas deben adherirse a las normas del *Index Medicus* y ser presentadas, en hoja aparte, en el orden en el cual aparecen citadas en el texto. Los cuadros, gráficas y diagramas deben venir en hoja separada.

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

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

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

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

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

NOTICE TO AUTHORS

Educación Médica y Salud will be pleased to consider for publication:

a) Articles on education and training of health personnel in the broadest sense, particularly with regard to the planning, implementation and evaluation of teaching programs, new educational techniques and research in medical education, and the development of human resources for health. As far as possible, the articles should be limited to 3,000 words and the author should enclose a short summary. Bibliographical reference should adhere to *Index Medicus* standards and should be submitted on a separate page in the order in which they appear in the text. Illustrations, tables and diagrams should also appear on a separate page.

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

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

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

The editorial staff will select those articles which it considers suitable for publication and, where appropriate, will assume responsibility for translation into Spanish, or for any editorial changes. The staff in question will consult any substantive changes with the author and, as far as possible, inform him of the acceptance of his contribution and its probable publication date.

In no case can the original manuscript be returned to the author.

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

INFORMAÇÃO AOS AUTORES

Educación Médica y Salud terá prazer em considerar para publicação:

a) Artigos relacionados com educação e treinamento de pessoal para saúde em seu conceito mais amplo, especialmente os que se relacionem com planejamento, desenvolvimento e avaliação de programas de ensino, novos métodos educacionais e pesquisa em educação médica e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. Tanto quanto possível, não deverão exceder de 3.000 palavras e deverão vir acompanhados de um resumo breve. As referências bibliográficas devem ser escritas segundo as normas do *Index Medicus* e apresentadas, em fôlha separada, na mesma ordem em que aparecem citadas no texto. Os quadros, tabelas e diagramas devem vir em fôlha separada.

b) Notas breves que tenham interesse para os educadores médicos em nível internacional.

c) Resenhas de livros e artigos de particular importância no campo da educação médica.

Os textos devem vir datilografados em espaço duplo e com ampla margem de ambos os lados e podem ser escritos em português, espanhol, inglês ou francês.

O Corpo de Editôres da revista selecionará os artigos que considerar dignos de publicação e, quando pertinente, tomará a seu cargo sua tradução ao espanhol e as modificações editoriais. Consultará com o autor sobre modificações de fundo e, tanto quanto possível, lhe comunicará a aceitação e a data provável de publicação. Em nenhum caso serão devolvidos originais.

Os autores dos artigos publicados receberão, gratuitamente, 50 reimpressões e poderão solicitar um número adicional dentro de condições que serão combinadas para cada caso em particular.

RENSEIGNEMENTS DESTINES AUX AUTEURS

Educación Médica y Salud se propose de faire paraître les textes suivants:

a) Articles ayant trait à l'enseignement et à la formation professionnelle du personnel sanitaire dans leur sens le plus large, en particulier des articles relatifs à la planification, la réalisation et l'évaluation des programmes d'enseignement, aux nouvelles méthodes d'enseignement et à la recherche dans le domaine de l'enseignement médical et du développement des ressources humaines intéressant la santé. Dans la mesure du possible, les textes devront compter au maximum 3.000 mots et être accompagnés d'un bref résumé. Les références bibliographiques doivent être indiquées conformément aux normes de l'*Index Medicus* et présentées, sur une feuille distincte, dans le même ordre dans lequel elles figurent dans le texte. Les tableaux, schémas, et diagrammes doivent figurer sur une feuille séparée.

b) Nouvelles brèves présentant un intérêt pour les professeurs de médecine au niveau international.

c) Comptes rendus de livres et d'articles offrant une importance particulière dans le domaine de l'enseignement médical.

Les textes doivent être photocopiés à double interligne et avec une marge suffisante des deux côtés; ils peuvent être rédigés en espagnol, portugais, anglais ou français.

Le bureau de rédaction de la revue choisira les articles qu'il considère susceptibles d'être publiés et se chargera, le cas échéant, de la traduction vers l'espagnol et des modifications de forme. Il consultera l'auteur concernant les modifications comportant des changements de fond et l'avisera, dans la mesure du possible, de l'acceptation et de la date probable de parution. Les originaux ne seront rendus en aucun cas.

Les auteurs des articles parus recevront, à titre gratuit, 50 réimpressions et pourront demander un nombre supplémentaire selon les conditions convenues pour chaque cas particulier.

La relación entre estudiantes y docentes durante la enseñanza de la medicina

Al desarrollar un punto de vista psicológico acerca de cómo formar en el espíritu científico a los estudiantes de medicina, revisaré algunos presupuestos emocionales característicos del modo de pensar de muchos médicos y estudiantes de medicina. Luego, revisaré algunos tipos de relación interpersonal frecuentes entre docentes y educandos. Ambos temas confluyen, pues los hábitos y actitudes aprendidos en la Facultad se perpetúan luego en la vida profesional.

1. En primer lugar, creo que debemos atender al proceso de cuestionamiento y de cambio que se observa en algunos sectores de las facultades de medicina, así como a la toma de conciencia acerca de la importancia de la "pedagogía médica". Como todo cambio, éste tiene sus protagonistas activos, sus retractores y sus observadores apáticos. Y suscita intensos sentimientos: entusiasmo, rechazo, miedo, ansiedad, reprobación, indiferencia. Los señalo así, detalladamente, porque desde la perspectiva psicológica resulta evidente que para perfeccionar el espíritu científico de la carrera debe insistirse, precisamente, sobre los aspectos emocionales, personales y humanos, tanto de los docentes como

• El Dr. Tarnopolsky es Director del Programa de Laboratorios de Relaciones Humanas y Pedagogía Médica de la Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina.

• Este trabajo reproduce —con algunas modificaciones— la contribución del autor a una mesa redonda sobre "La formación del espíritu científico en la educación médica," realizada durante las XIII Jornadas de la Asociación Argentina de Investigación Clínica, en noviembre de 1968. El autor desarrolló el ítem relacionado con "El punto de vista psicológico." Fue publicado, como parte de esa Mesa Redonda, en *El Día Médico*, Vol. XLI, pág. 2566.

de los alumnos, de los médicos y enfermos. Hace poco que las facultades de medicina comenzaron a enseñar de manera oficial y sistemática los problemas de relación con los pacientes, a instruir a los estudiantes para que puedan ejercer con sus sentimientos —sin suprimirlos ni sucumbir ante ellos—, para que puedan entender sus actitudes hasta incluirlas como elementos valiosos en la profesión. Frente a todos los conocimientos psicológicos y pedagógicos desarrollados en los últimos años, los médicos se hallan en la disyuntiva de continuar ignorándolos o tratar de indagar cuál puede ser la aportación de los psicólogos y pedagogos a la formación médica. “Salvo unas pocas excepciones —ha escrito un educador—, la preparación de docentes para las escuelas de medicina sigue la pauta que prevalecía hace un siglo . . . Hay todavía quienes creen firmemente que basta saber la materia y haber realizado alguna investigación para ser un buen maestro”.

En la medida en que esto pueda ser cierto, debemos insistir en una actitud de apertura hacia disciplinas y profesionales que concitan cierto repudio en muchos ambientes médicos. Es esta actitud de apertura hacia la indagación de lo interpersonal y no de rechazo, de investigación y no de prejuicio, una de las posturas que, desde el punto de vista psicológico, debería inculcarse a los estudiantes como parte de su formación científica.

En su medida, también han contribuido a la apertura algunas actividades de la Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina, mediante programas de desarrollo de la enseñanza en áreas específicas, a través de los laboratorios de relaciones humanas y pedagogía médica, y también en la última Conferencia Argentina de Educación Médica (1968), que trató, precisamente, sobre la integración de la formación de los profesionales no médicos en los equipos de salud. Debo destacar que no se insistió en la formación de “colaboradores del médico” sino que, al reconocer y aceptar la jerarquía de otros universitarios, se admitió, igualmente, que se puedan integrar equipos más amplios para cumplir fines más ambiciosos.

2. Todo esto lleva a pensar que los médicos están pasando por una verdadera crisis de identidad profesional: el médico tradicional y el investigador tradicional van poco a poco desapareciendo; muchos de los médicos trabajan en campos para los cuales no han sido preparados durante su formación universitaria, mientras que numerosos egresados de carreras no tradicionales exigen, legítimamente, participar en trabajos de mantenimiento, promoción y restauración de la salud. Todos estos cambios, que enriquecen nuestra profesión, imponen sobre todo

una dolorosa resignación: compartir el prestigioso lugar que el médico ocupa en la mente de los enfermos y en la opinión de la comunidad. Es comprensible que miremos con desconfianza a los recién llegados. También lo es que ante las intensas calidades emocionales que confrontan en el contacto con los pacientes, los médicos desarrollen cierta suficiencia profesional, un sentimiento o convicción de gran fuerza interior, con el cual afirman la profesión y sus métodos tradicionales, con exclusión de los demás. Este sentimiento, que podríamos denominar tentativamente "omnipotencia médica" se trasmite con facilidad a los estudiantes.

En las primeras semanas de un seminario dirigido por dos sociólogos, destinado a médicos recién graduados, ocurrieron algunos sucesos que vale la pena exponer aquí. Los sociólogos trabajaban desde hacía unos dos años en el hospital y se hallaban más o menos identificados con el espíritu médico del cuerpo docente. En general, se trataba de que en todos los cursos existiera cierta cordialidad e informalidad entre los residentes, pero muy pronto se hizo obvio un distanciamiento en las relaciones entre médicos y sociólogos. Por ejemplo, los educandos comenzaron a tratarse en forma impersonal, insistiendo que ellos eran "doctores", y los sociólogos, "señores". Continuaron dirigiendo preguntas cada vez más desafiantes a estos últimos, y, naturalmente, los sociólogos reaccionaron reforzando el nivel de sus presentaciones . . . y de sus agencias. Se produjo una verdadera "escalada" intelectual y emocional hasta que los estudiantes —y otros docentes— se alarmaron por la desmedida importancia que el Seminario en cuestión había llegado a tener en el conjunto de sus tareas. Se llegó a una situación verdaderamente crítica. Cualquier intento de aprendizaje parecía paralizado ante un clima rígido y enconado. Había que optar por los que sostenían "la inutilidad de la sociología, innecesaria para un buen médico práctico, capaz de mejorar a sus necesitados enfermos . . ." o por los que reiteraban "la ineficacia de la medicina mientras no se modificara la organización asistencial, o inclusive, la estructura enfermante de la sociedad . . ." Al llegar los acontecimientos a este punto, se hizo una revisión psicológica del problema. Sociólogos y médicos discutieron, en varias sesiones de grupo, los sentimientos prevalecientes. Solo se señala aquí una de las evidencias de conflicto interpersonal descubiertas. Lo que más les había chocado a los graduados era haber descubierto, por sí mismos, la dificultad de aceptar que un sociólogo "pudiera enseñarles algo". Todos se beneficiaron al comprender las ventajas de poder diagnosticar a tiempo ciertas actitudes comunes en la enseñanza. Desde el punto de

vista psicológico se insiste en reconocer el peso que este tipo de procesos emocionales ejerce sobre nuestros pensamientos. No constituyen algo lateral de nuestra personalidad sino que intervienen decidiendo nuestra inclinación hacia el diálogo o hacia el aislamiento; hacia la tolerancia o hacia el autoritarismo y, consecuentemente, hacia el espíritu de investigación o hacia el prejuicio. Este tipo de funcionamiento psicológico que reafirma nuestras convicciones y las justifica, esa actitud de defensa de nuestros pares y desconfianza de los extraños, así como la convicción de que con un procedimiento único acabaremos por entender todo lo que deseamos saber, constituye una modalidad de funcionamiento de la mente humana. Representa un tipo particular de absolutismo de la inteligencia —por así decirlo— que conspira contra el espíritu de indagación y, en cambio, favorece el desarrollo de los preconceptos. Si dicho pensamiento, esencialmente emocional, es puesto al servicio de una teoría científica particular, se llega a la interesante situación de los reduccionismos de cualquier clase.

3. Hasta ahora se han indicado la existencia de un evidente proceso de cambio en la enseñanza y en la profesión médica y la existencia de algunos hábitos de pensamiento, es decir, un fenómeno general y otro de carácter más individual. Nos referiremos ahora a un fenómeno de “tamaño intermedio”, el de las relaciones interpersonales durante la docencia. Son éstas de gran importancia porque la relación entre docente y estudiantes constituye la matriz del aprendizaje, y la relación entre médico y paciente, la base del ejercicio profesional.

Entre los modelos pedagógicos habituales hay uno basado en la presentación de conocimientos: el profesor expone, los alumnos escuchan; el docente realiza una demostración práctica, los alumnos observan. La comunicación es generalmente unidireccional. A veces los alumnos repiten experiencias —cuyo resultado ya conocen— y puede que “la repitan bien” o que fallen, “no les sale”. En tal caso, todos se sienten incómodos, molestos o pierden el interés. A veces el circuito de comunicación se invierte: los alumnos formulan preguntas, el profesor las responde; esto ocurre si la actitud del profesor es tolerante, permisiva, o según la decisión de los alumnos. A veces preguntan para que el docente los reconozca en el momento del examen. En las demostraciones y prácticas los alumnos también pueden preguntar si no están demasiado absorbidos por la evaluación de ese día. El alumno es básicamente pasivo; a menudo está asustado y —hay que decirlo— muchas veces es tratado con descortesía. El docente activo, en cambio, prepara clases, revisa textos, experimenta ante los estudiantes y trata

de entender los fenómenos que observa para transmitirlos a su auditorio. ¿Puede extrañarnos que este sistema sea excelente para que los docentes aprendan? Ellos hacen el máximo esfuerzo . . . En el segundo y el tercer año de medicina, muchos estudiantes ingresan como instructores a las cátedras del primero. Suelen decir que entran a la cátedra “con la función de enseñar, pero con el propósito de aprender”, lo que no tiene nada de objetable, pero, ¿no parece sugerir que no se puede aprender mientras se estudia? Este tipo de pedagogía, denominada “pasiva”, tiene ciertas indicaciones específicas, por ejemplo, cuando se deben transmitir informaciones nuevas (especialmente a gran número de alumnos), demostrar algunas técnicas o procedimientos costosos, etc. Sin embargo, se debe advertir que si la enseñanza se reduce a eso, se corre el riesgo de que el alumno, sencillamente, no aprenda.

Hay otro modelo de enseñanza, denominado “activo”, que conviene aplicar cuando se busca formar hábitos de pensamiento y de estudio, cuando se quiere inquietar a los estudiantes para que hagan el esfuerzo de aprender, cuando se desea desarrollar actitudes profesionales y científicas. Vale decir, cuando el objetivo es formar más que instruir, desarrollar conductas más que ejercitar la capacidad de retención. Veamos un ejemplo, el caso de un docente que propuso una experiencia formativa, bien planeada. En un curso de ciencias básicas distribuyó a sus alumnos una serie de problemas, semejantes pero no idénticos, solucionables con una técnica común. Recordó las normas técnicas, que ya habían sido expuestas, les indicó el laboratorio y el instrumental; y los dejó hacer. Al final del día todos se reunieron para comparar datos y discutir la experiencia. Ocurrió que los resultados del trabajo y del debate fueron pobres. El profesor, frustrado, se irritó, los amonestó, les echó en cara su bajo nivel. Desde cierto punto de vista, fue un fracaso total. Creo que otra alternativa hubiera sido tomar el curso desde sus propias posibilidades y aprovechar la oportunidad para demostrar lo complicado que puede ser investigar, la necesidad de aprender a dominar las técnicas, de repetirlas hasta hacerlas bien, de asegurar los conocimientos más básicos y, finalmente, replantear todo el trabajo y hacerlo de nuevo, de otra manera. La contradicción en que incurrió este docente se daba entre sus ideas y sus afectos. La experiencia pedagógica estaba bien planeada, pero lo que falló fue su actitud; no pudo tolerar el fracaso de “sus alumnos”. Era como si por una parte les dijera: “Ensayen, cometan sus propios errores, experimenten, busquen, que luego juntos evaluaremos los resultados”, y después los enfrentará con algo semejante a: “Ahora, según los resultados que obtengan, les daré un premio o un castigo”.

Según este tipo de pedagogía se considera que para inculcar actitudes científicas y hábitos de pensamiento es necesario que el estudiante experimente por sí mismo, practique, indague. Son experiencias formativas el desarrollar pequeñas tareas de investigación en condiciones adecuadas, cuidar a un enfermo y discutir mucho el caso, como también el comentario grupal de textos, de actitudes profesionales, de normas éticas, de las condiciones de la asistencia, del papel de la familia y la sociedad en el desarrollo de la enfermedad, etc. Se ha visto repetidamente que todas estas experiencias de reflexión convierten el aprendizaje en un proceso estimulante. La participación personal es distinta al trabajo de biblioteca, y durante la enseñanza es necesario provocar situaciones para que los estudiantes adquieran “el sentido personal de posición que nace de la propia lucha con las fuerzas de la naturaleza”. El riesgo de esta pedagogía es suponer que lleva a eliminar la función docente y que deja a los alumnos librados a su destino con los aparatos, los libros y los enfermos: “Vayan aprendan”. Todo lo contrario. El docente tiene que cumplir funciones mucho más complejas, mucho más amplias que informar, demostrar y examinar. Dando por sentado que el conocimiento de la materia es adecuado, el docente necesita convertirse en un investigador del campo de relaciones que establece con el estudiante y con los conocimientos. Debe llevar ese campo al clima emocional adecuado, permitir que el alumno se desenvuelva con un número aceptable de errores, éxitos, momentos de confusión, de ansiedad y de relajación. Debe planificar. Debe indicar al estudiante los fines próximos, los objetivos de una experiencia, pero no sus resultados concretos: el descubrimiento forma parte del aprendizaje del alumno. En cada etapa, o después de finalizar ésta, debe unir la experiencia con un marco de referencia más amplio; en ciencias básicas, por ejemplo, debe ligar los datos con las leyes de funcionamiento biológico, con los métodos de investigación y, sobre todo, con la función de curar —ya que esa es la motivación humana básica y común de la mayoría de los estudiantes. Aquí el docente dialoga, no interroga. No muestra que “sabe mucho”, porque se propone como un modelo de identificación accesible, y estimula así a los estudiantes a seguirlo y a desarrollar su propio pensamiento. Educar, en síntesis, no es aquí grabar sino guiar; no es imponer sino proponer.

4. Otra manera de describir todo lo expuesto sería señalar que profesores y alumnos exploran, desde el comienzo de su relación, las leyes que mutuamente se aceptan en el proceso de la enseñanza. Debido a su *status*, al docente le cabe la posibilidad de definir el sector más

importante de normas. A través de sucesivas acciones—fumar, interrumpir, usar o no saco o corbata, hacer una broma, preguntar, opinar, discutir— el alumno estudia las leyes del campo. El profesor con sus respuestas, con su tono de voz, su distancia, sus gestos, contribuye a reforzar o corregir el desarrollo del circuito, y así, en sucesivos intercambios se van creando modelos de conducta. Cuando las respuestas le dan cierta libertad, seguridad o confianza, el alumno se ve estimulado a realizar ciertas experiencias —mentales o prácticas— que conducen a nuevos pensamientos. Si la respuesta es agresiva, dolorosa o traumática, no constituye un esfuerzo para el aprendizaje sino más bien un obstáculo; y a veces una parálisis insuperable por la inteligencia. Recuerdo aquí el ejemplo, extremo y patológico, de las pseudo-oligofrenias por inhibición del desarrollo afectivo.

Indudablemente que los estudiantes traen hábitos rígidos, acentuados durante años de enseñanza pasiva, informativa, poco interesante. Nos cabe la disyuntiva de enojarnos con ellos o comprender el fenómeno y tratar de corregirlo. Recuerdo el caso de un estudiante que en el examen podía recordar la página del libro que correspondía a la pregunta que le formulaban, podía “ver” la disposición tipográfica, las figuras, reconocer las líneas, pero no podía “leerlas” para contestar: estaban escritas en blanco sobre blanco. Ilustrativo ejemplo de cómo vivenciaba el aprendizaje: la transmisión de datos desde el libro al profesor; él era sólo un lector.

La dificultad que presentan los alumnos para integrarse a los sistemas de enseñanza activa no debería computarse en la columna de las culpas que habitualmente les endilgamos, sino más bien agregarse a la de responsabilidades del docente, que está mejor ubicado para comprender el proceso. La relación profesor-alumno puede concebirse como un circuito sin fin, de mutua alimentación y de alto carácter correctivo. Estimula al alumno y mantiene alerta al docente, para quien la enseñanza se transforma, necesariamente, en un campo de gran interés emocional. Con el primer modelo—el más común entre nosotros— el docente trabaja, informa; el alumno, escucha. Con el segundo, el alumno trabaja y tiene que “aprender a aprender”; el docente tiene que “enseñarle a aprender”. Finalmente, para aplicar aquellas técnicas que estimulan el pensamiento y el espíritu de investigación, los docentes deben capacitarse para comprender mejor sus hábitos de relación interpersonal. Por eso y como lo he sugerido al final, con la perspectiva correctiva todo aprendizaje se asemeja a una relación de curación. Al menos de corrección de hábitos de pensamiento, de actitudes y de

relación interpersonal en el ámbito de la tarea médica. Así, siendo esencialmente buen maestro, el docente actúa como buen médico y como un buen modelo para el alumno, según su disposición emocional y los vínculos que sea capaz de establecer.

BIBLIOGRAFIA

- Bridge, E.: *Pedagogía Médica*. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 122, diciembre 1965.
- Piaget, J.: *Educación e Instrucción*. Editorial Proteo, Buenos Aires, Argentina, 1968.

RESUMEN

En este trabajo se describen algunos procesos emocionales característicos de los médicos y los estudiantes de medicina, y algunos tipos de relación interpersonal frecuentes durante la enseñanza médica.

Se hace referencia a las actitudes conflictivas que entre docentes y estudiantes suscita el proceso de cambio que enfrentan la mayoría de las escuelas de medicina en la América Latina. Se indica la existencia de un sentimiento de "omnipotencia médica" y se lo ejemplifica, señalando su relación con los prejuicios y el autoritarismo.

Se compara la relación profesor-estudiante con la relación médico-paciente, ya que la primera es la matriz del aprendizaje, y la segunda, la base del ejercicio profesional.

Se describen los afectos prevalentes en estudiantes y docentes durante los procesos de enseñanza pasiva y activa, y se revisan y ejemplifican algunas dificultades emocionales que deben enfrentarse para utilizar con éxito los métodos modernos de enseñanza.

Finalmente, se describe el proceso de la enseñanza como un circuito comunicacional de carácter correctivo en el que se establecen normas tanto para la interacción como para el aprendizaje. Al profesor le corresponde el rol de mayor responsabilidad en ese circuito y, por lo mismo, es conveniente que esté lo suficientemente preparado para comprender los procesos emocionales que se presentan en relación con sus alumnos. Estas emociones no sólo influyen en el clima del aprendizaje, sino también en sus resultados.

TEACHER-STUDENT RELATIONSHIP
IN MEDICAL EDUCATION

(Summary)

This article describes certain emotional processes characteristic of physicians and medical students, and certain types of interpersonal relationships that are frequent in medical education.

Reference is made to conflictual attitudes between teachers and students arising from the process of change confronted by most medical schools in Latin America. It points to the existence of a sense of "medical omnipotence" and its relationship with prejudices and authoritarianism.

The teacher-student relationship is compared with the physician-patient relationship, since the former is the model of learning, and the second is the basis of professional practice.

It describes the prevalent affections of students and teachers during passive and active teaching processes, and reviews and exemplifies some emotional difficulties that must be faced in order to successfully use modern methods of teaching.

Finally, it describes the teaching process as a corrective communicational circuit in which standards for interaction and learning are established. The major responsibility in this circuit is that of the teacher and, for the same reason, it is advisable for him to be sufficiently trained to understand the emotional processes which occur in his students. These emotions not only influence the climate of learning, but also its results.

AS RELAÇÕES ENTRE ESTUDANTES E PROFESSORES
DURANTE O ENSINO DA MEDICINA

(Resumo)

Descrevem-se alguns processos emocionais característicos dos médicos e dos estudantes de medicina e alguns tipos de relações pessoais frequentes durante o ensino da medicina.

Faz-se referência às atitudes conflitivas que o processo de modificação que a maioria das escolas de medicina na América Latina enfrenta, provoca entre os professores e os estudantes. Assinala-se a existência de um sentimento de "onipotência médica", expresso, por exemplo, em atitudes de preconceito e autoritarismo.

Compara-se a relação professor-estudante com a relação médico-paciente, assinalando que a primeira é a matriz do aprendizado e a segunda é a base do exercício profissional.

Descrevem-se os afetos prevalentes entre estudante e professores durante

os processos de ensino passivo e ativo e apontam-se e estudam-se algumas dificuldades emocionais que cumpre enfrentar para utilizar com êxito os métodos de ensino modernos.

Finalmente, descreve-se o processo de ensino como um circuito comunicacional de caráter corretivo, no qual se estabelecem normas para a interação e para o aprendizado. Ao professor cabe o papel de maior responsabilidade nesse circuito e por conseguinte é conveniente que esteja bem preparado para compreender os processos emocionais que se manifestam em seus alunos. Essas emoções exercem influência sôbre o clima do aprendizado e também sôbre seus resultados.

LA RELATION ENTRE ÉTUDIANTS ET ENSEIGNANTS PENDANT LES COURS DE MÉDECINE

(Résumé)

Cette étude est une description de plusieurs processus émotionnels propres aux médecins et aux étudiants en médecine et de plusieurs catégories de relations qui surgissent fréquemment entre le personnel pendant l'enseignement de la médecine.

L'étude révèle les attitudes de conflits qui provoquent entre enseignants et étudiants les processus de changement que doivent affronter les écoles de médecine en Amérique latine. Elle souligne également l'existence d'un sentiment d' "omnipotence médicale" assortie d'exemples qui mettent en relief les rapports de cette omnipotence avec les préjugés et l'autoritarisme.

Elle compare la relation professeur-étudiant avec celle de médecin-patient, étant donné que la première relation est le creuset de l'apprentissage, et que la deuxième est le fondement même du devoir professionnel.

Elle relate les affections qui prévalent chez les étudiants et chez les enseignants au cours des processus d'enseignement passif et actif, et elle revise et souligne des exemples de plusieurs difficultés émotionnelles qui doivent s'affronter pour être ensuite utilisés avec succès dans les méthodes modernes d'enseignements.

Finalement, elle énonce le processus de l'enseignement comme un circuit de communication à caractère correctif, dans lequel s'établissent des normes en vue de l'interaction et de l'apprentissage. C'est au professeur qu'est confié la plus grande responsabilité dans ce circuit et pour cela il importe que celui-ci soit suffisamment préparé pour comprendre les processus émotionnels qui se développent chez ses élèves. Ces émotions non seulement exercent leur influence dans l'environnement de l'apprentissage mais encore dans celui de ses résultats.

La enseñanza de la odonto- estomatología para el estudiante de medicina

INTRODUCCION

La odonto-estomatología es una rama de las ciencias médicas que se ha desarrollado como una profesión independiente de la medicina, hecho que ha determinado un desconocimiento mutuo de ambos campos, lo que impide que el médico tenga una visión de lo que esta disciplina puede realizar en beneficio de los enfermos y de la comunidad. Como el objeto de la enseñanza médica es formar profesionales con un conocimiento integral de la medicina, así como obtener un mayor conocimiento inter-profesional que permita constituir los equipos de salud para el buen tratamiento de los enfermos, como individuos y en la comunidad, la Universidad Católica de Chile determinó incorporar la enseñanza de la odonto-estomatología y de la cirugía maxilofacial en el currículum oficial de la escuela de medicina.

Esta enseñanza se realiza en el quinto año de medicina en forma similar a la enseñanza de traumatología, neurocirugía, etc.

OBJETIVOS DE LA ENSEÑANZA

Los objetivos que persigue esta enseñanza son:

1. Dar al alumno una visión panorámica de lo que es la odonto-estomatología con todas sus disciplinas anexas.

• El Dr. Rivera es Profesor de Cirugía Maxilofacial de la Cátedra de Cirugía del "Profesor Hugo Salvestrini Ricci", Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile, y Jefe del Servicio de Estomatología del Hospital "Sótero del Río", Santiago, Chile.

- Manuscrito recibido en junio de 1971.

2. Adiestrar al alumno para que capte la trascendencia que los problemas odonto-estomatológicos tienen en la población desde el punto de vista epidemiológico.
3. Capacitar al alumno en el reconocimiento de los diferentes cuadros patológicos que ocurren en la región buco-maxilo-facial, de su importancia intrínseca y de la trascendencia que tienen para el resto de la economía.
4. Motivar al alumno en el conocimiento de la semiología buco-maxilo-facial que le permita hacer un diagnóstico precoz de las diferentes lesiones y derivar a su enfermo oportunamente en busca de la curación definitiva.
5. Adiestrar al alumno en algunos tratamientos de urgencia. (Por ejemplo, tratamientos de hemorragia post-extracción, inmovilización de urgencia del traumatizado maxilofacial).
6. Establecer una relación médico-odontológica, incorporando al alumno en las labores diarias de un servicio de odonto-estomatología para que del trabajo con estos profesionales nazca un entendimiento que permita formar el equipo de salud, con un conocimiento acabado de lo que se puede realizar frente a los problemas que plantean los enfermos.

METODO DE TRABAJO

Para lograr los objetivos señalados se habilitó un servicio de odonto-estomatología y cirugía maxilofacial completo, de alto nivel técnico y docente y se formuló un programa de enseñanza teórico-práctico.

El programa teórico que se desarrolla en forma intensiva durante un mes, contempla los siguientes capítulos:

- a) Información de lo que es la odonto-estomatología y objetivo de diferentes especialidades.
- b) Información epidemiológica en relación con la especialidad y problemas de salud pública.
- c) Semiología buco-maxilo-facial.
- d) Revisión de la embriología buco-maxilo-facial.
- e) Revisión de la anatomía topográfica y quirúrgica.
- f) Anatomía radiográfica buco-maxilo-facial.
- g) Procesos infecciosos agudos y crónicos de la región, de origen odontogénico y no odontogénico.
- h) Lesiones inflamatorias y degenerativas del paradencio.
- i) Lesiones superficiales de la mucosa bucal y de la lengua.

- j) Neoplasias benignas.
- k) Neoplasias malignas.
- l) Malformaciones congénitas y adquiridas en la región buco-maxilofacial.
- m) Traumatología maxilofacial.
- n) Patología de las glándulas salivales.
- o) Lesiones de la articulación témporo-maxilar.

Este programa se cumple con diapositivas en colores y/o con presentación de enfermos, sin hacer referencia a técnicas específicas usadas en la terapia de ellos.

La enseñanza práctica está enfocada principalmente hacia la participación del alumno en el tratamiento de los enfermos que presentan las lesiones descritas. En esta forma el alumno capta en la exposición del tema, la trascendencia del problema; y en la enseñanza práctica, la complejidad de las diferentes técnicas que se emplean en la odonto-estomatología en el tratamiento de los enfermos; por ejemplo: ortopedia, radiología, odontología restauradora, prótesis y somatoprótesis, cirugía y traumatología maxilofacial. En esta oportunidad el alumno toma conciencia real de la vinculación que tiene la odonto-estomatología con el resto de la medicina.

La enseñanza práctica se realiza con grupos de cuatro alumnos que rotan cada 15 días por el Servicio, durante todo el año académico. Para su realización se cuenta con un profesor odontólogo especialista en cirugía maxilofacial, dos ayudantes odontólogos, también especialistas en la misma disciplina, y una secretaria.

Esta enseñanza se imparte en un servicio de odonto-estomatología de un hospital general, que se halla vinculado al resto de los servicios médicos del establecimiento y de la comunidad.

RESULTADOS Y COMENTARIOS

La experiencia desarrollada en la Cátedra de Cirugía General de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile, con 420 alumnos en seis años, en relación con la incorporación de la enseñanza de odonto-estomatología y cirugía maxilofacial en su currículum oficial, ha sido beneficiosa tanto para los alumnos como para la enseñanza en sí, ya que ha permitido observar los siguientes hechos:

1. Gran interés del alumno por conocer la especialidad.
2. Cambio de actitud del alumno frente al odontólogo y a la odontología, dando a ambos el valor real que tienen.

3. Mayor facilidad en la integración profesional para la formación del equipo de salud.

4. Derivación de enfermos en forma oportuna.

5. Aumento de las consultas entre los servicios médicos y el Servicio de Odonto-estomatología, y viceversa.

6. Motivación de ambos grupos profesionales para incorporarse al equipo de salud.

TEACHING OF ODONTO-ESTOMATOLOGY TO MEDICAL STUDENTS

(Summary)

This article describes an experiment undertaken in the Surgery Department of the Medical School of the Catholic University of Chile (involving 420 students over a period of six years) whereby the teaching of dentistry and maxillofacial surgery was incorporated into the official curriculum. It has been beneficial both to students and to teaching as such, as shown by the following results:

1) Great interest of students in learning the special branch; 2) change of attitude of students with respect to dentists and dentistry, whereby both were given their real value; 3) greater facility in professional integration for the training of the health team; 4) early referral of patients; 5) increase in consultations between medical services and dental services, and vice versa; 6) motivation of both professional groups to join the health team.

O ENSINO DE ODONTO-ESTOMATOLOGIA AOS ESTUDANTES DE MEDICINA

(Resumo)

A experiência desenvolvida na Cátedra de Cirurgia Geral da Escola de Medicina da Universidade Católica do Chile (com 420 alunos em seis anos), em relação com a incorporação do ensino de odonto-estomatologia e cirurgia maxilofacial em seu currículo oficial, foi benéfica tanto para o aluno quanto para o ensino em si, pois permitiu observar os seguintes fatos: 1) Grande interesse do aluno em conhecer a especialidade; 2) modificação da atitude do aluno em presença do odontólogo e da odontologia, dando a ambos o valor real que representam; 3) maior facilidade na integração profissional para a formação da equipe de saúde; 4) derivação de enfermos em forma oportuna; 5) aumento das consultas entre os serviços médicos e o

Serviço de Odonto-Estomatologia; e 6) motivação de ambos os grupos de profissionais para se incorporarem à equipe de saúde.

L'ENSEIGNEMENT DE L'ODONTO-ESTOMATOLOGIE DESTINÉ
AUX ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

(Résumé)

L'expérience appliquée dans les Cours de chirurgie générale de l'École de médecine de l'Université Catholique du Chili (avec 420 élèves en six années) et, concernant l'inscription de l'enseignement de l'odonto-estomatologie et de la chirurgie maxillofaciale dans le programme officiel, a été profitable tant pour l'élève que pour l'enseignement en soi, étant donné qu'elle a permis d'observer les faits suivants:

1) Grand intérêt de l'élève d'approfondir la spécialité; 2) changement d'attitude de l'élève vis-à-vis de l'odontologue et de l'odontologie, en donnant aux deux la valeur réelle qu'ils méritent; 3) plus grande facilité dans l'intégration professionnelle visant la formation de l'équipe consacrée à la santé; 4) dérivation des malades de façon appropriée; 5) multiplication des consultations à partir des services médicaux au Service de l'odonto-estomatologie, et vice versa; 6) motivation des deux groupes professionnels à s'incorporer au groupe de santé.

DONALD C. BLENDEN, C. R. DORN y H. M. PARRISH

Los objetivos de la educación en la salud pública veterinaria: pasado, presente y futuro

INTRODUCCION

La medicina veterinaria quizás sea la profesión de la salud más importante en lo que se refiere a los problemas internacionales de la salud. Como profesión, la medicina veterinaria debe desempeñar una función vital en la solución de los problemas básicos de la producción y distribución de proteínas, la higiene ambiental y el control demográfico.

Quizás le corresponda un papel de privilegio a la especialidad de la salud pública veterinaria, tanto en el ejercicio preventivo amplio como en el ejercicio más restringido de la práctica privada. El concepto de la prevención es básico en estos tres problemas y, por supuesto, en él se cifra la filosofía esencial de la salud pública. Los objetivos de la enseñanza de la salud pública veterinaria, en el nivel universitario o de postgrado, deben ser formulados teniendo muy presente esta tarea trascendental.

Cabe mencionar aquí el magnífico e importante trabajo del Dr.

• El Dr. Blenden (Doctor en Medicina Veterinaria, Licenciado en Ciencias) es Profesor Adjunto de Microbiología Veterinaria, Salud Comunal y Práctica Médica, y Jefe de la Sección de Epidemiología y Ecología de las Facultades de Medicina Veterinaria y Medicina de la Universidad de Missouri, Columbia, Missouri, Estados Unidos; el Dr. Dorn (Doctor en Medicina Veterinaria, Licenciado en Salud Pública) es Profesor Adjunto de la misma Sección, y el Dr. Parrish (Doctor en Medicina y Salud Pública) es Decano Adjunto de la Facultad de Medicina de la Universidad de Dakota del Sur, Vermillion, Dakota del Sur, Estados Unidos de América.

• Manuscrito recibido en marzo de 1971.

Calvin W. Schwabe, Profesor y Director del Departamento de Epidemiología y Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina Veterinaria de la Universidad de California (Davis, California). Este ensayo titulado "Are Our Veterinary Schools Equal to the Task?" ha sido publicado en los anales del Simposio sobre Educación en Salud Pública Veterinaria y Medicina Preventiva, de la Organización Panamericana de la Salud, de 1968.* En él el Dr. Schwabe formula una seria crítica a la enseñanza de la medicina veterinaria, no sólo por carecer ésta de iniciativa, sino también por no mantenerse a la altura del avance de la profesión. Cita varios ejemplos y formula la siguiente pregunta, que es muy pertinente: ¿"Por qué la iniciativa de estas nuevas orientaciones del servicio veterinario (por ejemplo, la medicina de animales de laboratorio) no ha emanado de nuestras facultades de veterinaria sino de los veterinarios y de otros profesionales?" y concluye diciendo que ". . . en las facultades de medicina veterinaria hay que tomar la iniciativa y comenzar a orientar a nuestro especialísimo equipo veterinario para conducirlo no sólo por el muy transitado sendero del ejercicio privado, sino también por las tres avenidas principales del servicio veterinario para la humanidad: la agricultura, la salud pública y la biología general. Todo lo que no se haga por lo menos a ese nivel significa, a mi juicio, un fracaso en nuestro cometido".

El Dr. Schwabe, atinadamente, añade que las innovaciones en el campo de la medicina veterinaria han surgido con frecuencia del ámbito de la profesión. Quizás ésta no tenga la suficiente confianza en sí misma como para soportar el trauma y la incertidumbre del cambio verdadero; sin embargo, debiéramos mostrarnos ansiosos por iniciar y llevar a la práctica todo cambio auténticamente meritorio. Esta es la filosofía madura que debiera seguirse.

La enseñanza de la salud pública veterinaria tiene la finalidad de formar veterinarios que puedan desempeñarse, con o sin dedicación exclusiva, a la especialidad. Al parecer, cada día se acentúa más la necesidad de contar con profesionales mejor preparados y más eficientes. ¿Qué estamos logrando en este empeño? ¿Cuáles son nuestros objetivos? Al parecer, con excesiva frecuencia limitamos nuestros objetivos debido a nuestros métodos didácticos tradicionales e inmutables, en vez de decidir primero lo que deseamos obtener y luego elaborar los métodos necesarios.

* Schwabe, C. W.: "Are Our Veterinary Schools Equal to the Task" *Simposio de Educación en Salud Pública Veterinaria y Medicina Preventiva*, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 189, 1968.

En este trabajo se presentan algunas reflexiones sobre los objetivos educativos de la salud pública veterinaria en el pasado y en el presente y se proyecta el presente en el futuro. Dejaremos el contenido de los cursos a un lado para ocuparnos más bien de los objetivos y los métodos. Por último describiremos el nuevo enfoque de la educación profesional adoptado recientemente en la Facultad de Medicina Veterinaria de la Universidad de Missouri. El tema de este trabajo será la innovación.

EL PASADO

En el pasado nuestros objetivos han sido enseñar al estudiante aquello que, a nuestro juicio, debía saber sobre salud pública veterinaria. En la preparación de cada uno de los cursos hemos recurrido a un esquema y a un conjunto de notas de conferencias basadas en nuestros conocimientos y complementadas con las ideas de nuestros colegas y con datos obtenidos en la literatura de la salud pública veterinaria. El objetivo implícito ha sido transferir el conocimiento del profesor al alumno, y debido al horario de clases se han dedicado a las clases magistrales unos cuantos períodos de una o dos horas. En ocasiones se hacen visitas al laboratorio y sobre el terreno, las cuales suelen dificultarse por incompatibilidad con los horarios de clase. Obsérvese la expresión "notas de conferencia" que acabo de utilizar y que acaso haya pasado inadvertida, pues desde ya señala la característica del método didáctico utilizado.

Esencialmente, los objetivos y el método de enseñanza —la clase magistral— han estado predeterminados por el horario de los cursos, que, por lo común, tiene una estructura rígida. Con el antiguo sistema el profesor trasmitía datos y filosofías al estudiante receptor, en la esperanza de que éste retuviera una proporción significativa de lo expuesto; controlábamos y evaluábamos el grado de retención mediante los exámenes. Por muchos años hemos sabido que este sistema se traduce en una retención deficiente del conocimiento. Salvo el caso del estudiante sobresaliente, el alumno era un receptor pasivo en el proceso didáctico. Si el resultado era deficiente, la culpa recaía lógicamente sobre el profesor. En defensa de los profesores, con todo, debe admitirse que el estudiante y el sistema de enseñanza deben compartir la culpa.

EL PRESENTE

Los objetivos y métodos didácticos actuales son embarazosamente similares a los utilizados hace 20 á 50 años atrás. El sistema de clases

magistrales es el más corriente, sin que se hayan tenido en cuenta los estudios que muestran su ineficiencia cuando se mide en función de la retención del conocimiento por parte del estudiante. Varias razones influyen en el estancamiento actual:

1. Acaso el método más sencillo de enseñanza sea el sistema de las clases magistrales; es el sistema tradicional y, por cierto, se requiere un gran esfuerzo para modificarlo y elaborar una nueva técnica.

2. La renuencia al cambio es una característica humana, pues el cambio representa algo inquietante y desconocido.

3. Los profesores de medicina veterinaria y salud pública veterinaria no han sido preparados para la docencia, pues sólo han recibido enseñanza en su disciplina científica. Como docentes, no disponemos de un criterio válido que señale nuestro éxito o fracaso; a decir verdad, algunos de nosotros ni querríamos conocerlo. No apreciamos la importancia del método didáctico utilizado; la idoneidad en una disciplina científica no va de la mano con la competencia docente.

4. El horario de clases parece ser un disuasivo muy poderoso cuando llega el momento de examinar una reforma. Un profesor no puede realizar un gran cambio pues éste puede interferir con otras clases; una reforma verdadera debe afectar a toda la facultad.

5. Nuestro método de enseñanza —la clase magistral— es escogido antes de tener en cuenta los objetivos a concretar. ¿En qué otro proceso se establecen los métodos antes de conocer los objetivos deseados?

6. Las limitaciones de la planta física, a no dudarlo, influyen sobre los métodos de enseñanza; sin embargo, debemos evitar en lo posible que éstas sirvan de excusa a la inercia y a la renuencia a la innovación.

Otro punto interesante al examinar lo relativo a la transmisión interpersonal del conocimiento científico es la “explosión informativa”. Los conocimientos científicos sobre medicina veterinaria y salud pública aumentan a un ritmo formidable. Sin embargo, los que se pueden impartir en un curso o en todo el plan de estudios profesional tienen un límite finito. Debemos dar al estudiante, no un conjunto de conocimientos en constante expansión, sino la capacidad de pensar y elaborar juicios basados en un núcleo de conocimientos suficiente. De este modo y mediante un sistema de educación continua durante la vida profesional, podremos elaborar un “producto” que absorba y aproveche los fantásticos progresos del presente y del futuro.

Precisa también extender la enseñanza a un mayor número de estudiantes, con lo cual los problemas llegan a complicarse. Como no es posible agregar años al plan de estudios y profesores a la plantilla docente *ad infinitum*, se hace imperativo acrecentar nuestra eficiencia y efectividad didácticas para perfeccionar nuestro trabajo con igual gasto de tiempo y energías. En suma, debemos innovar.

EL FUTURO

¿Qué relación hay entre las situaciones pasadas y presentes, por un lado, y el futuro por el otro? Si aceptamos la idea de que es conveniente introducir algunos cambios en nuestros métodos didácticos convencionales, nos vienen a la mente algunas cuestiones básicas que merecen ser repetidas antes de que entremos a analizar el programa de la Universidad de Missouri.

1. Ante todo, debiéramos perfeccionar nuestra definición de los objetivos y metas de la enseñanza de la salud pública veterinaria. ¿Qué estamos tratando de lograr? ¿Cómo actuará el estudiante de hoy en la salud pública veterinaria del mañana? ¿Estamos realmente seguros de poder contestar esta pregunta en lo que concierne a nuestras funciones actuales?

2. Nuestro sistema didáctico tradicional, debido a su rígido horario de clases, exige que el estudiante brillante se mantenga al mismo ritmo que el más lento y, por ende, el estudiante sobresaliente no se siente estimulado. ¿Hasta cuándo podremos darnos el lujo de este derroche de intelecto? ¿Debemos permitir que esto continúe?

3. El profesor debe ser un catalizador o un auxiliar en el aprendizaje y en la comprensión y no sólo una fuente de conocimiento. El estudiante debe controlar su propio aprendizaje para cumplir objetivos preestablecidos; el estudiante ha de tener una actitud activa frente al conocimiento y el profesor tiene que pasar a ser un auxiliar en el proceso de aprendizaje.

4. Durante años la educación médica ha dado apoyo a los departamentos o programas de investigación en materia de educación médica. ¿Cuándo hará alguien alguna investigación en materia de enseñanza de la medicina veterinaria? Es preciso contar con métodos más eficientes para que pierda importancia la relación profesor-alumno.

5. Se ha demostrado que es más eficiente enseñar una actividad que

transmitir conocimientos; por lo mismo, la evaluación de un trabajo concreto es más significativa que la evaluación del conocimiento. En otras palabras, debiéramos modificar nuestra filosofía didáctica y poner el acento más en el *hacer* que en el *conocer*.

La Facultad de Medicina Veterinaria de la Universidad de Missouri ha adoptado recientemente un nuevo sistema de enseñanza en los últimos dos años de la carrera profesional. Esta reforma se encuentra ahora en proceso de elaboración y el nuevo plan de estudios será puesto en práctica en junio de 1971. Seguidamente describiremos las características de esta reforma.

En vez de pasar de una clase magistral a otra, con una duración de 50 a 110 minutos cada una, el alumno estará expuesto a un núcleo didáctico por bimestre. En este núcleo didáctico el alumno se sumergirá por completo, durante dos meses, en la disciplina que estudie. En los dos últimos años del plan de estudios profesional habrá 10 de estos núcleos didácticos bimestrales. Estos núcleos didácticos corresponderán a las siguientes actividades:

1. Práctica agrícola (clínica ambulatoria).
2. Medicina de animales de laboratorio.
3. Medicina de animales grandes.
4. Cirugía de animales grandes.
5. Servicio médico (laboratorio, radiología y anestesiología).
6. Nutrición, toxicología y aspectos biofísicos del ejercicio profesional.
7. Salud pública.
8. Enfermedades de la reproducción y obstetricia.
9. Medicina de los animales pequeños.
10. Cirugía de los animales pequeños.

Cada uno de estos núcleos didácticos representa el equivalente de 10 horas de trabajo en un semestre. El estudiante debe completar satisfactoriamente ocho de estos núcleos didácticos para recibirse. Esto representa 16 meses de trabajo sobre un total de 24. En los seis meses restantes el estudiante podrá: a) tomar otros núcleos adicionales o electivos, b) repetir un núcleo si ha sido reprobado, c) emplearse, d) trabajar en un ámbito internacional, quizás en una facultad de medicina veterinaria en el extranjero, o e) tomar vacaciones.

Uno de estos núcleos corresponde a la salud pública veterinaria. Ello significa que: a) los estudiantes trabajarán en ese núcleo porque realmente quieren hacerlo y b) que la salud pública absorberá la atención

del estudiante durante todo un bimestre. El objetivo de este núcleo será cumplido mediante la enseñanza práctica y no sólo mediante la transmisión de conocimientos.

Pensemos en un ejemplo muy simplificado para explicar esta forma de enseñanza por la acción. Supongamos que queremos enseñar a un grupo de estudiantes cómo ordeñar una vaca. ¿Cómo es más fácil enseñar esto, mediante una clase magistral, o mediante la enseñanza de la actividad, con la ayuda de vacas lecheras? Por supuesto, la solución más acertada sería esta última, aun complementando generosamente las clases magistrales con auxiliares visuales y con los medios técnicos más modernos. ¿Cómo puede evaluarse mejor el grado de aprendizaje de los estudiantes, mediante un examen oral o escrito, o demostrando cómo “un cierto número de vacas lecheras (disponiéndose de todos los equipos necesarios) pueden producir 10 galones de leche con una cuenta bacteriana total inferior a 10.000 bacterias por centímetro cúbico”? La respuesta, naturalmente, es obvia. ¿Cuál será el medio didáctico que permitirá a los estudiantes retener este conocimiento y esta capacidad para utilizarlos más efectivamente en el futuro? El aprendizaje por la acción es evidentemente el más adecuado y puede tener mejor aplicación en la medicina veterinaria clínica que en la enseñanza de las materias preclínicas; sin embargo, debemos procurar que esta conclusión sea el resultado de una actitud lógica y no de una excusa.

Hemos preparado un conjunto enteramente nuevo de objetivos educacionales* que orientarán nuestra enseñanza de la salud pública veterinaria en la Universidad de Missouri. Los objetivos han sido enunciados de acuerdo con el criterio de la enseñanza por la acción. Estos objetivos serán puestos en conocimiento del estudiante al comienzo del núcleo didáctico, en el entendimiento de que deberá completar un 70% de los objetivos para aprobarlo.

Seguidamente se indican algunos de estos objetivos por categoría.

Salud pública, organización y evaluación

1. El estudiante debe estar en condiciones de enunciar y analizar cinco funciones esenciales de un organismo local de salud pública.
2. Sobre la base de la consulta de referencia y los períodos de debate, el estudiante debe estar en condiciones de enumerar y analizar cinco causas importantes de morbilidad y cinco de mortalidad en cada una de las siguientes especies: bovinos, porcinos, equinos, ovinos, caninos, felinos, aves o animales de laboratorio y el hombre.

* Mager, R. F.: *Preparing Instructional Objectives*. Fearon Publishers, Inc., Palo Alto, California, Estados Unidos, 1962.

Ecología

1. Dadas tres especies, el hombre, un animal doméstico y un vertebrado que no sea del género de los primates, ni tampoco un animal doméstico, el estudiante debe describir una cadena alimenticia que incluya las tres especies.
2. Dadas 10 enfermedades zoonóticas, el estudiante debe poder indicar una medida factible de control biológico de siete de ellas.

Bioestadística

1. Dados los datos en bruto, el estudiante debe estar en condiciones de calcular la media y la desviación estándar.
2. El estudiante debe estar en condiciones de asignar números al azar y extraer una muestra.

Epidemiología clínica

1. El estudiante debe estar en condiciones de preparar y ejecutar la secuencia del análisis epidemiológico (el método científico aplicado a las poblaciones) de un problema de salud pública, incluidos los siguientes aspectos: a) compilación de la información descriptiva, b) formulación de hipótesis, c) análisis retrospectivo y/o prospectivo y d) confirmación experimental en poblaciones naturales y de laboratorio. (Este objetivo es complementado con instrucciones más específicas).
2. Dado un grado suficiente de datos clínicos, el estudiante debe estar en condiciones de calcular lo siguiente con una exactitud del 80%: media geométrica y aritmética, mediana, modo, tasa de incidencia o infección, tasa bruta de defunción y tasa de casos fatales.

Los indicados son ejemplos de la elaboración de los objetivos educativos basados en una enseñanza por la acción.

Las otras categorías de objetivos de importancia son las siguientes: zoonosis, higiene de los alimentos, enfermedades transmitidas por los alimentos, enfermedades del trabajo, contaminación del medio ambiente, enfermedades crónicas, salud radiológica, preparación para las emergencias públicas, transporte, accidentes, medicina veterinaria internacional y medicina comparada. La lista completa de objetivos educativos ocupa 30 páginas.

La preparación de estos objetivos es realmente un proceso educativo para el profesor. Esta tarea ha sido muy importante y satisfactoria (aunque laboriosa).

¿Cómo podrán cumplirse estos objetivos? Para responder a esta pregunta se hace necesario analizar lo relativo a los "métodos". Seguidamente se indicarán los cursos que pensamos utilizar.

1. Clases magistrales: dictadas por los profesores de salud pública veterinaria y de la facultad de medicina veterinaria, con expertos invitados.
2. Mesas redondas de estudiantes, profesores y expertos invitados.
3. Exposiciones de los estudiantes.
4. Grupos para el estudio de casos.
5. Debates en clase.
6. Lectura de la bibliografía recomendada.
7. Enseñanza y programas para el estudio individual; es decir, problemas presentados mediante diapositivas y bandas fonográficas manejadas por el estudiante mismo; un problema de laboratorio.
8. Autoaprendizaje por el estudiante.
9. Visitas sobre el terreno.
10. Otros métodos aún no elaborados.

Este nuevo sistema de enseñanza entró en vigor en julio de 1971. En consecuencia, no puede hablarse todavía de una experiencia relacionada con los problemas de ejecución, su éxito o su fracaso. Quizás dentro de dos años podremos dar una información más completa. Con todo, algo puede decirse, y es que estos sistemas innovadores se han utilizado durante muchos años en la enseñanza en las facultades de medicina, en las escuelas secundaria y elemental y en otros programas de nivel universitario. Abrigamos la esperanza de que la educación de la medicina veterinaria se acomode a la utilización feliz de estos mismos esfuerzos y, por ende, que se perfeccione su calidad y eficiencia.

RESUMEN

La medicina veterinaria es una importante profesión de la salud en el progreso de las naciones en desarrollo. La salud pública veterinaria es una disciplina esencial.

Los métodos didácticos contemporáneos son básicamente similares a los utilizados hace muchos años atrás. Sin embargo, las funciones del mañana se están modificando a ritmo acelerado. Los métodos didácticos y el contenido de la enseñanza deben ser objeto de un examen profundo y cuidadoso. Es posible exponer muchas razones que expliquen por qué los métodos actuales son adecuados, pero cabe decir que

nuestra profesión, a no dudarlo, requiere una mejor preparación para el futuro.

La Universidad de Missouri está poniendo en práctica un plan de estudios por "núcleos didácticos", basado en objetivos concretos y en una enseñanza por la acción en lugar de la enseñanza por el conocimiento.

THE AIMS OF EDUCATION IN VETERINARY PUBLIC HEALTH: PAST, PRESENT AND FUTURE

(Summary)

Veterinary medicine is an important health profession for developing countries. Veterinary public health is an essential discipline.

Present day teaching methods are basically similar to those used many years ago. However, the functions of tomorrow are rapidly changing. Teaching methods and the content of teaching must be subject to a deep and careful examination. There are many reasons why present methods are adequate but it must be said that veterinary medicine undoubtedly requires better training for tomorrow.

The University of Missouri is implementing a curriculum of "teaching nuclei", based on specific aims and on teaching for action instead of teaching for knowledge.

OS OBJETIVOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA VETERINÁRIA: PASSADO, PRESENTE E FUTURO

(Resumo)

A medicina veterinária é uma profissão importante da saúde no progresso das nações em desenvolvimento. A saúde pública veterinária é uma disciplina essencial.

Os métodos didáticos contemporâneos são basicamente semelhantes aos que se utilizavam há muitos anos. Entretanto, as funções estão-se modificando em ritmo acelerado. Os métodos didáticos e o conteúdo do ensino devem ser objeto de um exame profundo e cuidadoso. Podem-se apresentar muitas razões para comprovar que os métodos atuais são adequados, mas cabe dizer que a medicina veterinária requer, sem dúvida, melhor preparo para o futuro.

A Universidade de Missouri está pondo em prática um plano de estudos

por "nucleos didáticos", baseado em objetivos concretos e num ensino pela ação, em vez do ensino pelo conhecimento.

LES OBJECTIFS DE L'EDUCATION EN MATIERE DE SANTE
PUBLIQUE VÉTÉRINAIRE: PASSE, PRESENT ET FUTUR

(Résumé)

Dans le domaine de la santé, la médecine vétérinaire est une importante profession au service du progrès des nations en voie de développement. La santé publique vétérinaire est une discipline de base.

Les méthodes didactiques contemporaines sont fondamentalement analogues à celles utilisées il y a déjà plusieurs années. Cependant, les tâches de l'avenir sont en train de se modifier à un rythme accéléré. Les méthodes didactiques et le contenu de l'enseignement doivent faire l'objet d'un examen minutieux et approfondi. Il est possible d'exposer plusieurs des raisons qui expliquent pourquoi les méthodes actuelles sont appropriées; mais il convient de souligner que la médecine vétérinaire, à n'en pas douter, exige une meilleure préparation pour l'avenir.

L'Université de Missouri est en train de mettre en oeuvre un plan d'études prévoyant des "centres didactiques". Ce plan est foudé à partir d'objectifs concrets et prévoit l'enseignement par l'action au lieu de l'enseignement par la connaissance.

ROLANDO ARMIJO

Actividades de salud y población en las escuelas de salud pública de la América Latina

INTRODUCCION

El estudio comparativo de las escuelas de salud pública de la América Latina llevado a cabo por el Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS en 1968,¹ tuvo la intención de describir una serie de aspectos generales. Por ello fue necesario realizar una nueva visita a cada escuela en 1970, durante la fase preparatoria de la Conferencia de Escuelas de Salud Pública sobre Salud y Población. La visita estuvo a cargo de tres miembros del Comité Organizador de dicha Conferencia, provistos de un cuestionario diseñado especialmente, cuyo objetivo consistió en explorar las actividades docentes, de investigación, asesoría y otras que se realizan en el campo de salud y población.

La confusión aparente entre los términos población, demografía y estudios de población, exigió establecer definiciones operacionales con el propósito de hacer comparables las actividades que se investigaron en el estudio.

• El Dr. Armijo es Funcionario del Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, D. C.

• Tomado del Documento de Trabajo sobre el Tema III, presentado en la Conferencia de Escuelas de Salud Pública de América Latina sobre Salud y Población, celebrada en Santiago de Chile, del 8 al 14 de noviembre de 1970, bajo el auspicio conjunto de la OPS, el CELADE y la Universidad de Chile.

¹ Las Escuelas de Salud Pública en la América Latina, *Educación Médica y Salud*, Vol. 3, No. 3, 1969, págs. 167-216.

Según Hauser y Duncan,² la *demografía* es “. . . el estudio del tamaño, distribución geográfica y composición de la población, de sus variaciones y las causas de dichas variaciones que pueden identificarse como natalidad, mortalidad, movimientos territoriales y movilidad social (cambio de estado) . . .”

El *análisis demográfico* se limita a investigar, según los autores mencionados, los componentes de la población y sus cambios. Los *estudios de población* exceden el análisis de esas variables para ocuparse de las relaciones existentes entre los cambios de población y otras, tales como sociales, económicas, políticas, biológicas, genéticas, geográficas, etc. “El campo de los estudios sobre población será por lo menos tan amplio como lo sea el interés de los elementos determinantes y las consecuencias de las tendencias de la población”.

De esta manera, la demografía puede concebirse en un sentido limitado como sinónimo de análisis demográfico, o en sentido más amplio al extenderse hacia estudios más generales. Cuando el demógrafo lleva a cabo estudios de población, es casi seguro que los considera como demografía, pero es preciso reconocer que especialistas de otras disciplinas realizan estudios que exigen la concurrencia del análisis demográfico subordinado a otros tipos de análisis. De este modo se establece una categoría definida como estudios de población.

Con el espíritu de estas definiciones se ha intentado clasificar las actividades docentes, de investigación y asesoría de las escuelas de salud pública, de manera que sea posible identificarlas como demografía y/o estudios de población. Los resultados que se presentan deben interpretarse con cautela, tomando en consideración las dificultades de definición y, además, por el hecho de que las escuelas presentan diferentes etapas de desarrollo en este campo.

ORIGENES, FUNDAMENTOS Y DESARROLLO

El campo de salud y población se manifiesta en variadas formas en las escuelas de salud pública de la América Latina. Se encontró un espectro que va desde escuelas donde las actividades académicas dependen totalmente de las necesidades impuestas sobre las disciplinas básicas de salud pública, hasta aquellas que han organizado un grupo humano específicamente dedicado a salud y población. Esto permite, en cierto modo, clasificar la situación en tres grandes alternativas:

² Hauser, P. M., y Duncan, O. D.: *El Estudio de la Población*. University of Chicago Press, Chicago, Ill., 1962. Vol. I, págs. 44-46.

a) *Escuelas sin grupo humano estructurado.* Aquí pueden incluirse las Escuelas de Caracas, Lima, México y Río de Janeiro. Las disciplinas que integran salud pública tradicional desarrollan aspectos parciales de la demografía y sus interrelaciones con salud, de acuerdo con los intereses específicos de cada materia. En las tres últimas de las escuelas mencionadas se ha incorporado un demógrafo al cuerpo docente, hecho que podría considerarse como la etapa germinal hacia la estructuración de un grupo específico.

b) *Escuelas con grupo humano semi-estructurado.* En esta categoría se encuentran las Escuelas de Buenos Aires, La Habana, y Medellín. En ellas existe, sin carácter aun de departamento o unidad específica, un grupo que se dedica de preferencia a asuntos demográficos. En La Habana y Medellín forman parte de los Departamentos de Administración y de Epidemiología, respectivamente. En Buenos Aires, el grupo depende de la dirección de la Escuela y trabaja en estrecha relación con el Centro de Estadística y Demografía de la Facultad de Medicina.

c) *Escuelas con grupo humano estructurado.* Pueden incluirse aquí las Escuelas de San Juan de Puerto Rico, Santiago y São Paulo. En ellas, los grupos estructurados se han desarrollado dentro de los departamentos o unidades de estadística y epidemiología y como consecuencia de necesidades docentes en el terreno. Participan en la enseñanza de demografía, pero ofrecen también adiestramiento específico en áreas que inciden en salud y población. Se caracterizan, además, por una preocupación especial hacia la investigación y por su composición multidisciplinaria que incluye médicos, demógrafos, sociólogos, economistas, psicólogos, y otros.

ESTRUCTURA Y ORGANIZACION

Tres escuelas poseen una unidad específica, en fase de desarrollo, que de alguna manera concentra las actividades de salud y población, como se señala en el capítulo anterior. Las demás realizan actividades adscritas a uno o más departamentos o unidades de la escuela o dependientes de ellas. La naturaleza compleja y multifacética inherente a los problemas de salud y población, considerando las funciones de las escuelas de salud pública, da origen a relaciones entre éstas y numerosas otras instituciones. Las vinculaciones se refieren a diversos propósitos: colaboración recíproca en docencia, asesoría, investigación y difusión. Las instituciones relacionadas con las escuelas son nacionales o internacionales, públicas o privadas, y algunas de ellas contribuyen con aportes financieros o técnicos a proyectos de investigación. Otras se benefician

con los datos sobre población preparados por la Escuela. En general, se trata de un tránsito fructífero de doble vía, gracias al cual se benefician las escuelas y las instituciones relacionadas.

1. *Personal docente*

La investigación ofreció la oportunidad de actualizar los datos relacionados con el personal docente de las escuelas. De un modo general, el personal docente de dedicación exclusiva ha experimentado variaciones con respecto al estudio comparativo de 1968. En conjunto, las diez escuelas incluyen un total de 981 docentes, de los cuales 376 (38%) son a tiempo completo; 106 (11%) se hallan relacionados de alguna manera con el área de salud y población, y de ellos, 54 son médicos, 16 demógrafos, 16 estadísticos y los 20 restantes ofrecen una dispersión que incluye sociólogos, educadores sanitarios, economistas, psicólogos, etc.

Resultó muy difícil discriminar el tiempo que estos profesionales destinan a la demografía, por cuanto en la mayoría de las escuelas esta materia aparece integrada a la enseñanza de otras asignaturas. En nueve escuelas fue posible intentar una estimación, expuesta a un considerable margen de error, que no excedería del 10%. En conjunto, se destinan a población unas 3.250 horas semanales y en promedio, unas 360.

2. *Financiamiento*

El presupuesto de las escuelas ha aumentado en comparación con el de 1968. Las cifras fluctúan entre 217.000 y 2.700.000 dólares para las Escuelas de Buenos Aires y San Juan de Puerto Rico, respectivamente. Resultó muy difícil discriminar qué proporción de estos fondos se destina a población, incluso en aquellas escuelas que cuentan con una unidad estructurada. En éstas (Puerto Rico, Santiago y São Paulo) se podría afirmar que el área de población insume entre el 15% y el 16% del presupuesto.

3. *Docencia*

El curso medular en todas las escuelas es en cierto modo equivalente al grado de Master en Salud Pública (MPH). Los programas básicos son comparables y han permitido discriminar los contenidos específicos de demografía, que ocupan entre el 0,2% y el 8,5% del total de horas. Aunque las cifras no constituyen una apreciación exacta, se puede afirmar que demografía ocupa una proporción relativamente limitada, en promedio de unas 42 de 1.343 horas, aproximadamente el 3%.

Aunque se agreguen los contenidos de salud y población que se incluyen en diversas asignaturas relacionadas, los datos sugieren que el tiempo sería limitado si se admite la importancia de la población como sujeto de las acciones de salud.

En los otros cursos académicos y cortos, resulta aun más complejo examinar los contenidos de población. Los datos obtenidos sugieren que son aún más restringidos que en el curso básico. Toda tentativa de comparación induciría a errores debido a las características tan disímiles de estos cursos, por cuanto en su mayoría responden a necesidades y características locales.

Los únicos cursos específicos de población se describen a continuación:

<i>Escuela</i>	<i>Nombre del curso</i>	<i>Número de horas</i>
San Juan, Puerto Rico	Maestría en Demografía	1.000
Santiago, Chile	Salud y Dinámica de Población	448
São Paulo, Brasil	Dinámica de Poblaciones	250
	Salud y Dinámica de Población	180

El curso de San Juan, Puerto Rico, está destinado a la formación de demógrafos, y sus contenidos de salud y población se limitan a los principios básicos y generales. En Santiago, el curso está destinado a profesionales de la salud y docentes interesados en este campo. En São Paulo, el curso de Dinámica de Población está orientado a sociólogos, antropólogos y genetistas. El curso de Salud y Dinámica de Población se ofrece a profesionales de las ciencias médicas y sociales. En Santiago y São Paulo, los cursos podrían considerarse de nivel intermedio por su limitada duración, pero están llenando en parte una necesidad y sirven para propósitos prácticos.

4. Investigación

El análisis de esta función resultó mucho mas complejo. Las escuelas prepararon listas de trabajos publicados o en ejecución, en que seguramente se cometieron omisiones o inclusiones discutibles debido a la dificultad de adoptar decisiones en un campo nuevo y todavía no bien definido.

En dos escuelas no existe aparentemente ninguna investigación, mientras que en el otro extremo se ubican una con once y otra con veintiún estudios producidos. La lista cubre los más variados aspectos, desde el registro de nacidos vivos en hospitales, la participación en el Estudio

Regional sobre Mortalidad en la Niñez, auspiciado por la OPS, o el Estudio Comparativo sobre el Aborto Inducido, auspiciado por CELADE, hasta encuestas de fecundidad, evaluación de un programa de control del aborto provocado, o consecuencias psico-sociales del uso de anticonceptivos, características y determinantes de la mortalidad en diferentes áreas geográficas de un país, etc. Algunas investigaciones demuestran un considerable expendio de recursos y esfuerzos, y otras representan estudios más localizados y restringidos que responden a necesidades inmediatas de los servicios de salud. La metodología empleada varía considerablemente desde estudios retrospectivos hasta estudios prospectivos sumamente refinados y costosos.

Solamente se podría afirmar que el cuadro descrito constituye una demostración de que las escuelas de salud pública se encuentran frente a un campo nuevo y con ricas posibilidades de desarrollo; que las investigaciones responden a necesidades locales, a la agresividad e imaginación de algunos cultores en este campo, e incluso a orientaciones provenientes de las agencias que aportan los medios.

Estos hechos ponen de manifiesto la necesidad de definir una política y obtener los recursos para conformar un programa de investigación. Las entrevistas con los docentes demostraron que existe una clara conciencia de que en el campo de salud y población, en que se conjugan diferentes tendencias políticas, sociales y emocionales dentro del contexto del desarrollo, existe una mayor necesidad de investigar sobre la magnitud y naturaleza de estos problemas y evaluar correctamente los programas, a fin de dar a los estudiantes una visión objetiva y científica de la realidad.

RESUMEN

Durante la fase de organización de la Conferencia de Escuelas de Salud Pública de América Latina sobre Salud y Población, tres miembros del Comité Organizador visitaron las diez escuelas de la Región con dos objetivos: a) explorar las actividades que se realizan en el campo de salud y población, y b) explicar los objetivos y alcances de la Conferencia, junto con obtener sugerencias para su mejor organización.

Se diseñó un cuestionario que fue sometido a prueba en la Escuela de Buenos Aires.

Los datos obtenidos representan la primera aproximación a un asunto complejo y escasamente definido, y han surgido dificultades de interpretación al tabularlos para fines de estudio comparativo.

Los orígenes y fundamentos de estas actividades guardan relación con las corrientes culturales y socio-económicas en el país donde la escuela está situada. En todas fue posible identificar actividades en salud y población, incluso en aquellas que no poseen una unidad docente o departamento que las concentre. Dado que la población es el sujeto para las acciones de salud, aparece implícita en la enseñanza de varias asignaturas relacionadas.

Tres escuelas poseen una unidad específica en fase de desarrollo. Las demás cumplen actividades adscritas o dependientes de una o más unidades docentes.

Aproximadamente el 11% del personal docente desarrolla actividades en el campo de salud y población, con variaciones locales. Ofrecen una amplia dispersión en cuanto a categoría profesional, con predominio de médicos, demógrafos y estadísticos, pero también se incluyen sociólogos, economistas, educadores en salud, y otros.

El tiempo dedicado a población parece ser limitado, según estimaciones obtenidas en nueve escuelas. Toda tentativa de cuantificación resulta muy difícil.

Al analizar la función docente, el contenido específico demografía en el curso básico de salud pública no excedería del 3% del currículum. En los otros cursos este contenido parece ser aún menor. Tres escuelas ofrecen cursos específicos.

La función de investigación aparece en general restringida, muy heterogénea en cuanto a temas, metodología, alcance y financiamiento. El cuadro en conjunto señala la necesidad de definir una política de investigación en salud y población.

HEALTH AND POPULATION ACTIVITIES IN LATIN AMERICAN SCHOOLS OF PUBLIC HEALTH

(Summary)

In connection with the organization of the Conference of Latin American Schools of Public Health on Health and Population, three members of the organizing committee visited the ten schools in the Region for two purposes: a) to ascertain what health and population activities were being undertaken; and b) to explain the aims and scope of the Conference and to obtain suggestions for improving its organization.

A questionnaire was prepared and tried out in the Buenos Aires School.

The information obtained represents a first approximation of a compli-

cated and ill-defined subject, and interpretation difficulties have arisen in tabulating the information for the purposes of comparative study.

The origins and bases of these activities are in line with the cultural and socio-economic trends in the country in which the school is situated. In all the schools it was possible to identify health and population activities, even in those schools which do not have a teaching unit or department for that purpose. Since population is the object at which health activities are aimed, demography is implicit in the teaching of various related subjects.

Three schools are in the process of organizing a specific unit. The others are carrying out activities assigned to or dependent on one or more teaching units.

Approximately 11% of the teaching personnel are engaged in health and population activities, with local variations. A broad range of personnel take part in these activities and while physicians, demographers and statisticians predominate, sociologists, economists, health educators, and the like are also included.

The time devoted to population appears to be limited according to the estimates obtained in nine schools. It is very difficult to quantify it.

An analysis of teaching shows that demography is not assigned more than 3% of the curricular time in the basic public health course. In other courses the amount of time assigned to it is even less. Three schools offer specific courses.

A little research is carried on and varies greatly in subject, method, scope, and financing. The total picture reveals a need to define a research policy in health and population.

ATIVIDADES DE SAÚDE E POPULAÇÃO NAS ESCOLAS DE SAÚDE PÚBLICA DA AMÉRICA LATINA

(Resumo)

Durante a fase de organização da Conferência de Escolas de Saúde Pública sobre Saúde e População, três membros do Comitê Organizador visitaram as dez escolas da Região com dois objetivos: a) explorar as atividades que se desenvolvem no campo de saúde e população e b) explicar os objetivos e o escopo da Conferência, além de obter sugestões sobre sua melhor organização.

Foi preparado um questionário que se submeteu a prova na Escola de Buenos Aires.

Os dados obtidos representam a primeira aproximação a um assunto complexo e mal definido e surgiram dificuldades de interpretação na sua tabulação para fins de estudo comparado.

As origens e os fundamentos dessas atividades estão relacionados com as correntes culturais e sócio-econômicas do país onde a escola está situada. Em tôdas elas foi possível identificar atividades no campo da saúde e da população, inclusive nas que não possuem uma unidade docente ou departamento que as concentre. Por ser o objeto das ações de saúde, a população aparece implícita no ensino de várias disciplinas relacionadas com o assunto.

Três escolas possuem uma unidade específica em fase de desenvolvimento. As demais desenvolvem atividades próprias ou dependentes de uma ou mais unidades docentes.

Cêrca de 11% do pessoal docente desenvolve, com variações locais, atividades no campo de saúde e população. Observa-se grande variedade quanto à categoria profissional, mas predominam os médicos, os demógrafos e os estatísticos, embora também se encontrem sociólogos, agrônomos, educadores sanitários e outros.

O tempo dedicado à população parece limitado, segundo as estimativas obtidas em nove escolas. Seria muito difícil quantificar os dados colhidos.

Ao se analisar a função docente, verificou-se que o conteúdo específico "demografia" no curso básico de saúde pública não excede 3% do currículo. Em outros cursos, êsse conteúdo parece ainda menor. Três escolas oferecem cursos específicos.

A função de pesquisa parece em geral restrita e muito heterogênea quanto a temas, metodologia, escopo e financiamento. O quadro em conjunto mostra a necessidade de definir uma política de pesquisa no campo de saúde e população.

QUESTIONS RELATIVES À LA SANTÉ ET À LA POPULATION, DANS LES PROGRAMMES D'ENSEIGNEMENT DES ECOLES DE LA SANTÉ PUBLIQUE EN AMÉRIQUE LATINE

(Résumé)

Au cours de la phase de préparation de la Conférence des Ecoles de la Santé Publique en Amérique Latine, sur la Santé et la Population, trois membres du Comité d'organisation se sont rendus dans les dix écoles réparties dans les divers pays de la région, dans le but: a) d'étudier les activités pédagogiques relatives à la santé et à la population, et b) d'exposer les objectifs et la portée de la Conférence et en même temps de recueillir des suggestions quant à l'organisation même de la Conférence.

Un questionnaire a été mis au point et soumis à l'approbation de l'Ecole de Buenos Aires.

Les renseignements obtenus permettent de procéder à une première évaluation portant sur un domaine complexe et mal défini, et certaines

difficultés d'interprétation sont apparues quand il s'est agi de les classer aux fins de se livrer à des études comparatives.

Les origines et fondements des activités pédagogiques en question sont liées aux courants culturels et socio-économiques du pays où se trouve l'école. Dans tous les établissements visités, il a été possible d'identifier des activités pédagogiques portant sur la santé et la population, même dans les écoles ne comportant pas une unité d'enseignement ou un département consacrés à cette matière. Etant donné que les questions ayant trait à la santé concernent, par définition, la population, elles font implicitement partie d'un certain nombre de matières traitant de problèmes démographiques.

Sur les dix écoles visitées, trois ont à leur programme un cours sur les phases de développement. Dans les autres écoles, les questions touchant à la santé et à la population sont traitées en annexes à une ou plusieurs matières d'enseignement, ou sont incorporées à ces dernières.

Environ 11% du personnel enseignant exerce des activités dans le domaine de la santé et de la population; ces activités varient suivant la localité. Parmi les catégories professionnelles représentées, figurent, notamment, des médecins, démographes et statisticiens, mais également des sociologues, des économistes, des éducateurs spécialistes des questions de santé, etc.

Dans les programmes d'enseignement prévus pour ces établissements, le temps consacré aux questions démographiques semble assez limité, si l'on en croit les renseignements recueillis dans neuf d'entre eux. Il est très difficile de déterminer ce temps avec précision.

Si on analyse les programmes d'enseignement, on remarque que dans le cours fondamental de santé publique, les questions démographiques ne représentent pas plus de 3%. Dans les autres matières, elles tiennent une place encore plus réduite. Trois écoles offrent des cours spécifiques de santé et démographie.

Les activités de recherches semblent en général limitées et très hétérogènes pour ce qui est du contenu et de la portée des programmes, des méthodes utilisées et des crédits disponibles. Un examen d'ensemble de la situation fait apparaître la nécessité de mettre au point une politique de recherches dans le domaine de la santé et de la population.

Psicodrama con estudiantes de medicina: la crisis de identidad

Nos proponemos exponer una experiencia realizada con un grupo de estudiantes universitarios en la cual, por conducto de las técnicas de psicodrama, pudimos estudiar algunos de los factores a los que debe atribuirse la aparición o prolongación de la crisis de identidad en este grupo de jóvenes.

Hinsie y Campbell definen la crisis de identidad como “un conflicto entre los papeles sociales percibidos por el individuo; la pérdida del sentido de la identidad personal y la continuidad histórica o una incapacidad para aceptar o adoptar el papel que la persona cree que la sociedad espera de ella. La crisis de identidad es frecuente en la adolescencia y, al parecer, es causada por una combinación del aumento repentino de la intensidad de los impulsos con repentinos cambios del papel social, educativo y vocacional esperado por la sociedad”.

Si aceptamos que los 12 y 18 años de edad definen los límites de la adolescencia, en cuyo lapso el individuo madura para asumir el papel de adulto en el medio en que vive, observamos que en la mayoría de los estudiantes universitarios se da una prolongación de este período, aunque naturalmente no en lo relativo a la madurez biológica, sino a la madurez emocional. Si física y sexualmente están preparados para asumir todas las responsabilidades del adulto, socialmente no se les reconoce esta condición por cuanto en su condición de estudiantes dependientes de la familia y de la estructura de enseñanza sus derechos no son mucho más amplios que los de un niño. Cuando estos jóvenes

• El Doctor D'Andrea es Profesor Asistente del Departamento de Neuropsiquiatría y Psicología Médica de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Brasil.

• Manuscrito recibido en enero de 1971.

se comportan en el medio universitario de una manera infantil, con ambivalencia, ora pasivos y dependientes, ora agresivos y rebeldes, la mayoría de los adultos, representantes del mismo medio social que da lugar a esa conducta, se sorprenden en lugar de comprender. No es difícil suponer que en estas circunstancias el estudiante vive en una crisis de identidad casi permanente. La adopción temporaria de la identidad de universitario, que podría ser una solución al problema, no es fácil debido a las dificultades con que tropieza para establecer identificaciones dentro del propio grupo estudiantil. Las diferencias de personalidad, origen étnico, clase social e intereses, en un grupo grande, impiden una vinculación efectiva en torno de valores comunes. Cuando esto ocurre, los valores en cuestión son, en general, muy frágiles como para contraponerse a los del grupo de referencia (los grupos estables de la sociedad).

Por ello, con las complejas exigencias del contexto social, por un lado, y las diferencias individuales dentro del propio grupo, por el otro, el estudiante tiene una noción limitada del papel que debe asumir frente a sus propias tendencias.

Esta cuestión no podría dejar de ser examinada en un curso sobre el desarrollo de la personalidad como el que dictamos en el tercer año de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto. Cuando pensamos en introducir este año el método psicodramático en el curso, no queríamos, naturalmente, proponer soluciones para la cuestión de la crisis de identidad, sino más bien dar a los estudiantes la oportunidad de encarar colectivamente su supuesta problemática y dar una salida libre a sus opiniones, actitudes y creencias. De ese modo saldrían de una posición pasiva e "inconsciente" y adoptarían una posición activa y de evaluación psicosocial.

Para situar esta experiencia en el curso mencionado es necesario describir brevemente las características y objetivos del mismo. El curso sobre el desarrollo de la personalidad, dictado durante un semestre, tiene por objeto guiar al estudiante en la comprensión del ser humano en su totalidad y prepararlo para el futuro contacto con los pacientes. En la parte teórica se estudia al hombre, desde el nacimiento hasta la muerte, con un enfoque psicodinámico, y se trata de comprenderlo en el contexto biopsíquico social. En la parte práctica, se orienta a los estudiantes para que establezcan contactos con personas de diferentes edades y nivel social y visiten familias e instituciones escolares. Se pone el acento en la comprensión de sí mismo—*leit motif* del curso—como requisito para comprender a los demás.

De este modo la experiencia de psicodrama realizada con los mismos estudiantes, perfectamente encuadrada en los objetivos del curso, fue un complemento de éste.

A los fines de la experiencia psicodramática, la clase de 111 alumnos fue dividida en seis grupos (A, B, C, D, E y F). Cada grupo se reunió cinco veces y realizó tres sesiones de psicodrama, una de debate y otra de lectura de exposiciones. Las sesiones de psicodrama giraron en torno a uno o más temas sugeridos y dramatizados por los estudiantes. Al final de cada sesión se hizo un análisis y, posteriormente, se entregó a los participantes un texto que incluía un análisis de la acción y unos comentarios sobre su dinámica. En la cuarta sesión los estudiantes analizaron las experiencias del grupo con la guía del material impreso recibido. En la última sesión cada estudiante formuló sus comentarios en la forma de exposición escrita y preparada según un esquema distribuido con anterioridad. El intervalo entre las sesiones fue de 21 días y luego los grupos se sucedieron alternadamente en sesiones bisemanales. Entre tanto, se estableció una red de comunicaciones de modo que los estudiantes de cada grupo casi siempre estaban al corriente de lo que ocurría en los demás. Algunos, muy entusiastas, no esperaban la siguiente reunión de su grupo y participaban en las sesiones de los otros grupos.

En las sesiones participaron, además del autor, cuatro profesores asistentes.* Las sesiones tenían lugar en un taller de psicodrama y duraban, por término medio, 90 minutos. En la primera sesión expusimos al grupo los objetivos de este tipo de actividad y señalamos que constituía una parte práctica del curso. Dimos una breve explicación sobre el método que se utilizaría y lo comparamos con una representación teatral espontánea. El autor se presentó como director y presentó también a los profesores asistentes, definió sus funciones y dio a los estudiantes el papel de productores-actores.

En los Cuadros Nos. 1-3 figuran los temas desarrollados en las sesiones de psicodrama y las reacciones afectivas de los estudiantes, discriminadas por orden de aparición.

En el Cuadro No. 4 se indica la frecuencia de aparición de los temas en el conjunto de sesiones, sin tener en cuenta su predominio.

La identidad y la autorrealización son el resultado de un proceso de iniciación inconsciente, que surge en el individuo cuando éste percibe

* Queremos agradecer la valiosa colaboración de los doctores Antônio Cardoso Campos, Ana Cristina Machado de Pádua, Joel Sales Giglio y D. Wilma Ribeiro Mascarenhas.

CUADRO NO. 1—Temas desarrollados en la primera sesión de psicodrama y reacciones afectivas de los estudiantes.

Grupo	Sesión	Temas	Reacciones afectivas
A	1ª	Relaciones interpersonales en la familia.	Ansiedad. Fantasías persecutorias respecto de las finalidades de la experiencia.
B	1ª	Preocupación por la autorrealización y/o el papel por asumir en el mundo actual. Relaciones interpersonales en la familia. (P)*	Protesta y rebeldía. Fantasías persecutorias respecto de las finalidades de la experiencia.
C	1ª	Relaciones interpersonales en la familia. Relaciones profesor-alumno. Relaciones médico-paciente. Preocupación por la autorrealización y/o el papel por asumir en el mundo actual.	Negativismo. Fantasías persecutorias respecto de las finalidades de la experiencia.
D	1ª	Relaciones amorosas. Relaciones interpersonales en la familia. (P) Preocupación por la autorrealización y/o el papel por asumir en el mundo actual.	Sentimientos de frustración e impotencia.
E	1ª	Relaciones amorosas. (P) Preocupación por la autorrealización y/o el papel por asumir en el mundo actual. Relaciones interpersonales en la familia.	Desaliento y pesimismo. Rebeldía. Esperanza.
F	1ª	Preocupación por la autorrealización y/o el papel por asumir en el mundo actual. (P) Relaciones profesor-alumno. Relaciones médico-paciente.	Optimismo. Ansiedad e inseguridad. Fantasías persecutorias respecto de las finalidades de la experiencia.

* El símbolo (P) a continuación de la descripción del tema indica que este tema predominó durante la sesión.

CUADRO NO. 2—Temas desarrollados en la segunda sesión de psicodrama y reacciones afectivas de los estudiantes.

Grupo	Sesión	Temas	Reacciones afectivas
A	2 ^a	Relaciones médico-paciente. Relaciones interpersonales en la familia. Preocupación por la autorrealización y/o el papel por asumir en el mundo actual. (P) * Relaciones interpersonales en la clase.	Negativismo. Pseudoefuoria. Empatía.
B	2 ^a	Relaciones interpersonales en la clase. Preocupación por la autorrealización y/o el papel por asumir en el mundo actual. (P)	Pseudoindiferencia. Ansiedad. Pérdida del control y agresividad.
C	2 ^a	Preocupación por la autorrealización y/o el papel por asumir en el mundo actual. (P) Relaciones interpersonales en la familia. Relaciones médico-paciente. Relaciones profesor-alumno.	Empatía
D	2 ^a	Relaciones amorosas. Preocupación por la autorrealización y/o el papel por asumir en el mundo actual. (P) Relaciones interpersonales en la familia.	Inhibición. Empatía.
E	2 ^a	Relaciones interpersonales en la clase.	Negativismo, pasividad. Ansiedad. Rebeldía.
F	2 ^a	Relaciones amorosas. (P) Preocupación por la autorrealización y/o el papel por asumir en el mundo actual. Relaciones interpersonales en la familia.	Empatía.

* El símbolo (P) a continuación de la descripción del tema indica que este tema predominó durante la sesión.

CUADRO NO. 3—Temas desarrollados en la tercera sesión de psicodrama y reacciones afectivas de los estudiantes.

Grupo	Sesión	Temas	Reacciones afectivas
A	3ª	Preocupación por la autorrealización y/o el papel por asumir en el mundo actual. (P) * Relaciones interpersonales en la clase.	Empatía.
B	3ª	Relaciones interpersonales en la clase.	Ansiedad y rebeldía.
C	3ª	Relaciones interpersonales en la clase.	Ansiedad. Sentimientos de frustración e impotencia.
D	3ª	Relaciones interpersonales en la clase. Preocupación por la autorrealización y/o el papel por asumir en el mundo actual. (P)	Negativismo.
E	3ª	Relaciones profesor-alumno. (P) Preocupación por la autorrealización y/o el papel por asumir en el mundo actual.	Ansiedad. Negativismo. Rebeldía.
F	3ª	Preocupación por la autorrealización y/o el papel por asumir en el mundo actual. (P) Relaciones profesor-alumno.	Ansiedad. Negativismo.

* El símbolo (P) a continuación de la descripción del tema indica que este tema predominó durante la sesión.

que han terminado los años de dependencia infantil y que comienzan a dominar los años difíciles de las decisiones. La consolidación de las identidades preadultas en el marco de una noción conceptual de "esto soy y éste es el papel que debo desempeñar" es lo que permite al individuo encarar con confianza el futuro. Observamos que la preocupación por la autorrealización y/o el papel por asumir en el mundo actual fue el tema desarrollado con más frecuencia por los estudiantes en las sesiones de psicodrama (Cuadro No. 4).

La identidad, por otra parte, además de una noción psicológica, es una noción psicosocial. Por ello encuentra expresión en la familia, las relaciones sexuales, los grupos sociales, las unidades culturales, la comunidad y la nación. Presenta, pues, diversos componentes. Los

CUADRO No. 4—Frecuencia de los temas en las sesiones de psicodrama.

Temas	Número	Porcentaje
Preocupación por la autorrealización y/o el papel por asumir en el mundo actual.	14	33,3
Relaciones interpersonales en la familia.	9	21,4
Relaciones interpersonales en la clase.	6	14,2
Relaciones profesor-alumno.	5	11,9
Relaciones amorosas.	4	9,5
Relaciones médico-paciente.	4	9,5
Total	42	100

estudiantes pusieron el acento en los componentes de familia, grupo, unidad cultural a la que pertenecían en ese momento (escuela), sexo y vocación o profesión, como podrá observarse en la escala de frecuencia de los temas en el Cuadro No. 4.

Veremos ahora cómo los estudiantes se ubicaron en cada uno de los aspectos abordados y analizaremos el desarrollo de los temas en el conjunto de las sesiones.

Preocupación por la autorrealización y/o el papel por asumir en el mundo actual

En las dramatizaciones de este tema los estudiantes se mostraron, en general, inseguros frente al futuro y pesimistas en cuanto a las posibilidades de realizarse como personas y profesionales. No tenían una noción muy clara del papel que debían desempeñar en la sociedad y esto, al parecer, se vinculaba con las dificultades de identificación con figuras significativas en el contexto social (profesores, médicos, etc.). Los estudiantes percibían a estas figuras como personas débiles y fracasadas, incapaces de liberarse del engranaje cultural. Por otro lado, mostraron tendencias a identificarse negativamente con los valores ficticios o transitorios (producto de la propaganda de los medios de comunicación masiva), lo que les traía conflictos respecto de las pautas deseadas. En consecuencia, tenían sentimientos de insuficiencia y de estar traicionando los valores sociales de los que deseaban ser portavoces, pero que percibían como conflictivos.

Las relaciones interpersonales en la familia

Al abordar este tema observamos que los estudiantes, para afirmar su identidad, además de tener que confrontar las presiones sociales y los

valores culturales conflictivos, consideraban que las experiencias interpersonales negativas en la familia eran un obstáculo. Señalaron la incapacidad de los padres para asumir un liderazgo doble, o sea que el padre es predominantemente el líder instrumental—provee el sustento y define las normas de la conducta familiar—y la madre, el líder afectivo responsable principal de la distribución del afecto y de los cuidados psicofísicos a los miembros del grupo familiar. Se observa que existe, en general, un liderazgo único. Algunas veces la mujer asume los dos papeles; en ese caso, el marido adopta una posición pasiva-dependiente, con déficit en la comunicación interpersonal. En consecuencia, la familia, al parecer, no proporciona las condiciones adecuadas para las identificaciones masculinas y femeninas.

Las relaciones interpersonales en la clase

Los estudiantes formularon una crítica consciente a la falta de integración entre los miembros de la clase y a la formación de subgrupos cerrados. Una parte de los alumnos se sentía marginada por no poder, o no querer, participar en los valores de los subgrupos. Entre estos estudiantes se encontraban los estudiantes extranjeros o los oriundos de grupos étnicos restringidos. Los valores de los subgrupos, por su parte, son en general frágiles (beber cerveza y estudiar para aprobar los exámenes) en relación con los grupos de referencia, pero no impedían que sus portadores rechazaran a los colegas que rehusaban participar en ellos. No obstante, se observó una ansiedad frente a los sentimientos de rechazo, atenuada por racionalizaciones tales como la siguiente: “Debemos comprender y aceptar el modo de ser de todos”. Estas racionalizaciones acaso sean un arbitrio que permita la elección, más tarde, de los valores que por el momento no se aceptan. Una consecuencia de esta situación es que en la clase no hay líderes, sino sólo figuras populares, sin fuerza suficiente para adoptar posiciones justas frente a los problemas de real importancia para el grupo.

Las relaciones profesor-alumno

En general, al abordar este tema, los estudiantes se refirieron a sus dificultades de comunicación con los profesores. Los profesores fueron representados con el carácter de personajes distantes y apartados de los problemas de los alumnos o como personas frustradas. Los estudiantes consideraron que los profesores eran impotentes frente a las presiones socioculturales y mostraron que procuraban relacionarse con éstos según

sus propios valores, en una tentativa por convencerlos de que el mejor remedio era “beber cerveza”.

Las relaciones amorosas

Los estudiantes mostraron que sus deseos de libertad sexual estaban subyugados por las convenciones sociales. Sus ideas al respecto del matrimonio eran pesimistas y consideraban que éste era perjudicial para las relaciones entre el hombre y la mujer. Por otra parte, mostraron que cuando tenían oportunidad de relacionarse sexualmente fuera del control del medio, se sentían inhibidos y temían la impotencia y la infidelidad.

Las relaciones médico-paciente

Teniendo en cuenta que estos estudiantes serán futuros médicos, nos sorprendió su negativismo en relación con la profesión escogida. En las dramatizaciones presentaron al médico como una persona que se interesaba poco por sus pacientes o que, cuando lo hacía, era más bien por obligación o por miedo a la crítica social. Los estudiantes consideraban que había un exceso de competencia en la profesión médica y que sólo unos pocos llegaban a tener éxito.

En la cuarta sesión los estudiantes cambiaron ideas sobre la experiencia vivida, evaluaron, con nuestra coordinación, el grado de participación personal y el del grupo y formularon críticas y comentarios sobre la utilidad de la experiencia. Al final se les entregó un esquema para que prepararan las exposiciones individuales que serían leídas en la siguiente reunión del grupo.

En el esquema figuraban las siguientes indicaciones:

1. Haga un breve comentario sobre las sesiones en que participó.
2. Diga si las sesiones le ayudaron a comprender la crisis de identidad (período en el cual el individuo tiene dificultades para definir “quién es” en la sociedad en que vive).
3. Diga si las sesiones le ayudaron a tener una mejor comprensión de sí mismo y por qué.
4. Diga si las sesiones le ayudaron a tener una mejor comprensión de sus colegas y por qué.
5. Indique si las sesiones le ayudaron a mejorar sus relaciones en la clase y en la vida social, y de qué manera.

CUADRO NO. 5—Frecuencia de los tipos de evaluación de las sesiones que hicieron los estudiantes.

Tipo de evaluación	Número	Porcentaje
Rechazo	21	19,6
Indiferencia	11	10,2
Ambivalencia	21	19,6
Valorización	48	44,8
Sobrevalorización	6	5,6

6. Mencione tres aspectos positivos y tres negativos observados en esta experiencia.

Naturalmente no podríamos reproducir aquí las diversas opiniones emitidas en 107 exposiciones.* Por otra parte, fue posible organizarlas para dar una idea de las impresiones de los estudiantes, en función de las seis indicaciones del esquema.

En el Cuadro No. 5 se indican los tipos y frecuencias de la evaluación, extraída de los comentarios formulados, respecto del primer punto.

En el Cuadro No. 6 se puede observar que el porcentaje de las respuestas positivas, en relación con las negativas, fue superior en cuanto a la “comprensión de sí mismo” y la “comprensión de los colegas”. Por

CUADRO NO. 6—Porcentaje de las respuestas positivas en relación con las negativas.

Item	Sí		No		Sin definición	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
2	34	31,7	41	38,3	32	29,9
3	45	42,0	41	38,3	21	19,6
4	54	50,4	34	31,7	19	17,7
5	34	31,7	47	43,9	26	24,2

otra parte, si se tiene en cuenta el tipo de experiencia que exige un grado razonable de percepción y el número pequeño de sesiones de que se dispuso para abordar una problemática compleja, el porcentaje de respuestas positivas en los cuatro puntos parece ser bastante satisfactorio. En cuanto al grado de indefinición creemos, teniendo en cuenta los motivos señalados en las exposiciones, que representa no tanto una indiferencia como una duda respecto de los sentimientos afectados por una nueva experiencia.

Seguidamente se indican los aspectos positivos y negativos de la

* Cuatro estudiantes no dieron sus opiniones.

experiencia, por orden jerárquico, conforme al número de veces que fueron mencionados en el conjunto de las exposiciones.

Aspectos positivos:

1. Oportunidad de participar en una nueva experiencia y conocer el método psicodramático.
2. Posibilidad de una vinculación más profunda con los colegas.
3. Libertad de expresión y estímulo de la desinhibición.
4. Fomento de la comunicación interpersonal.
5. Posibilidades de conocerse a sí mismo.
6. Oportunidades para abordar problemas cotidianos desde nuevos puntos de vista.
7. Percepción de las posibilidades del psicodrama como método terapéutico.
8. Posibilidades de una mayor vinculación con los profesores.
9. Oportunidades para tener conciencia de grupo.

Aspectos negativos:

1. Función de los asistentes percibidos como “cuerpos extraños”.
2. Falta de explicaciones detalladas de las finalidades de esta experiencia o del método psicodramático.
3. Función del director, percibido como indiferente, agresivo o dominante.
4. Falta de colaboración de algunos colegas.
5. Pequeño número de sesiones.
6. Sesiones restringidas a pequeños grupos.
7. Falta de tratamiento de los problemas personales.

Al realizar esta experiencia de psicodrama en una clase de estudiantes de medicina, partimos del supuesto de que los universitarios viven, por razones psicosociales, en una crisis de identidad casi permanente. En las dramatizaciones desarrolladas en torno a los temas —espontáneamente escogidos por los alumnos— y en sus comentarios, no fue posible comprobar la hipótesis ni observar aspectos interesantes del problema. Los estudiantes estuvieron razonablemente motivados como para encarar la problemática de su posición de integrantes de la sociedad y percibir con suficiente claridad los factores psicológicos y sociales responsables de su situación en la realidad presente. Respecto del futuro, asumieron actitudes en su mayoría negativistas y pesimistas en cuanto a la autorrealización, aun en el caso de la profesión por ellos escogida. Al parecer, su filosofía se cifra en la expresión “para nada

sirve" como un arma poderosa para evitar la participación y la evolución de un verdadero espíritu universitario.

En cuanto a la experiencia en sí, la mayor parte de los estudiantes mostró sentido crítico y una excelente disposición a colaborar, como se desprende de sus exposiciones. En general, valorizaron las actividades realizadas, aunque tuvieron alguna duda en cuanto a las ventajas que ellas pudieran reportarles. Sin embargo, muchos señalaron que habían tenido una mejor comprensión de sí mismos y de sus colegas y que habían definido con más claridad la crisis de identidad; casi todos coincidieron en afirmar que una experiencia pequeña y aislada de comunicación y de libre expresión no era suficiente para traer soluciones. Y soluciones era justamente lo que ellos buscaban.

Por nuestra parte, queremos señalar que el método psicodramático volvió a manifestarse como un excelente instrumento de investigación y de enseñanza y que, como tal, es recomendable en los cursos donde el individuo es el principal objeto de estudio.

RESUMEN

En el presente trabajo se expone una experiencia realizada con un grupo de estudiantes de medicina, en la cual, por medio del método psicodramático, se estudiaron algunos de los factores a los que debe atribuirse la aparición o prolongación de la crisis de identidad en este grupo de jóvenes. Dicha experiencia constituyó parte de un curso sobre el desarrollo de la personalidad llevado a cabo en el tercer año de la Facultad de Medicina de Ribeirão Prêto, Brasil. Integraron el curso 111 alumnos —divididos en seis grupos— a quienes se solicitó que dramatizaran y discutieran los problemas relativos a su posición de universitarios y de futuros profesionales. Se realizaron 18 sesiones de psicodrama y 12 de discusiones centradas en la problemática de la formación de la identidad. Los temas tratados fueron los siguientes: 1) preocupación por la autorrealización y/o con el papel por asumir en el mundo actual, 2) las relaciones familiares, 3) las relaciones interpersonales en la clase, 4) las relaciones profesor-alumno, 5) las relaciones amorosas y 6) las relaciones médico-paciente.

Al abordar estos temas los estudiantes se mostraron, en general, pesimistas en cuanto a su participación como personas y como universitarios en el mundo actual. Aun cuando estuvieron razonablemente motivados para discutir los problemas que los afligían, se mostraron escépticos con respecto a sus soluciones. En este sentido expresaron que, de modo general, la experiencia había sido provechosa por la oportunidad que les había dado para llegar a conocerse mejor, pero

que había constituido un hecho aislado que poco podía contribuir a los cambios que anhelaban.

El autor analiza los aspectos positivos y negativos de la experiencia y concluye que dentro de los primeros se hallan las sugerencias surgidas al abordar el problema de la crisis de identidad entre los jóvenes y la confirmación de la utilidad del método psicodramático como instrumento de investigación y enseñanza cuando la persona es el principal objeto de estudio.

BIBLIOGRAFIA

- Erikson, E. E.: *The Problem of Ego Identity*, *J. Am. Psych. Assn.*, 4: 58-121, 1956.
Hinsie, L.E., y Campbell, R. J.: *Psychiatric Dictionary* (4a. ed.) Oxford University Press, New York, 1970.
Moreno, J. L.: *Psicodrama* (Trad. Daniel Ricardo Wagner). Hormé, Buenos Aires, 1961.

PSYCHODRAMA WITH MEDICAL STUDENTS: THE CRISIS OF IDENTITY

(Summary)

This article describes an experiment with a group of medical students. Using the psychodrama method they studied some of the factors involved in the occurrence or prolongation of the crisis of identity in this group of young persons. This experiment was part of a course on personality development given to 111 third year students of the Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, Brazil. They were divided into six groups and asked to dramatize and discuss problems relating to their position as university students and future professionals. A total of 18 role playing sessions and 12 discussion sessions dealing with the problems of the formation of identity were held. The subjects dealt with were: 1) preoccupation with self-realization and/or with the role to be assumed in the modern world; 2) family relationships; 3) interpersonal relationships and 6) physician-patient relationships.

In dealing with these subjects the students showed themselves to be pessimistic with respect to their participation as individuals and as university trained persons in the modern world. Although they were reasonably motivated to discuss the problems troubling them, they showed themselves to be skeptical with respect to solutions. In this regard they stated that, generally speaking, the experiment had been helpful in that it had given them an opportunity to know themselves better, but that it was an isolated event which could contribute little to the changes they desired.

The author discusses the positive and negative aspects of the experiment and concludes that among the positive aspects are suggestions for dealing with the problem of the crisis of identity in young people and confirmation of the value of the psychodrama method as an instrument for research and teaching when the individual is the principal object of study.

PSICODRAMA COM ESTUDANTES DE MEDICINA:
CRISE DE IDENTIDADE

(*Resumo*)

Trata-se de uma experiência realizada com uma classe de estudantes de medicina, na qual, através do método psicodramático foram estudados alguns fatores responsáveis pelo aparecimento ou prolongamento da crise de identidade nesse grupo de jovens. Durante um curso sobre desenvolvimento da personalidade, ministrado ao 3º ano da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Brasil, solicitou-se a 111 alunos, divididos em seis grupos, que dramatizassem e depois discutissem os problemas relativos a sua condição de universitários e futuros médicos. Num total de 18 sessões de psicodrama e 12 de discussão, centradas na problemática da formação da identidade, foram focalizados os seguintes temas: 1) a preocupação com a auto-realização e com o papel a assumir no mundo atual; 2) as relações familiares; 3) as relações interpessoais na classe; 4) as relações professor-aluno; 5) as relações amorosas, e 6) as relações médico-paciente. Na discussão desses temas, os estudantes mostraram, na sua maioria, certo pessimismo, colocando-se numa atitude negativista no que diz respeito a sua participação como pessoas e universitários na época atual. Embora razoavelmente motivados para discutirem os problemas que os afligem, mostraram-se descrentes de soluções. Esta própria experiência, receberam-na também com o mesmo espírito, assinalando que, conquanto tivesse sido proveitosa pela oportunidade que lhes dera de melhor se conhecerem, ela constituiu um fato isolado, que pouco poderá contribuir para as mudanças que desejam. A nosso ver, este trabalho foi positivo em dois sentidos: primeiro, idéias novas, que fêz surgir, sobre como encarar o problema da crise de identidade entre os jovens; e, segundo, por ter confirmado a utilidade do método psicodramático como instrumento de pesquisa e ensino, quando a pessoa é o principal objeto de estudo.

PSYCHODRAME AVEC LES ÉTUDIANTS DE MÉDECINE:
LA CRISE DE L'IDENTITÉ

(*Resumé*)

Cette étude relate une expérience réalisée avec un groupe d'étudiants de médecine. Au moyen de la méthode psychodramatique on a pu étudier plusieurs des facteurs auxquels on doit attribuer l'apparition ou la prolongation de la crise de l'identité au sein de ce groupe de jeunes gens. Cette expérience a fait partie d'un cours sur le développement de la personnalité dispensé aux élèves achevant la troisième année de la Faculté de Médecine de Ribeirão Preto, Brésil. Ont participé au cours, 111 élèves—divisés en six groupes—a qui l'on a demandé de dramatiser et de discuter les problèmes relatifs à leur condition d'universitaires et de futurs professionnels. Ont été tenus 18 séances de psychodrame et 12 débats centrés sur la problématique de la formation de l'identité. Les questions traitées furent les suivantes: 1) préoccupation de l'autoréalisation et/ou du rôle à assumer dans le monde actuel, 2) les relations familiales, 3) les relations interpersonnelles en classe, 4) les relations professeur-élève, 5) les relations amoureuses et 6) les relations médecin-malade.

En abordant ces questions les étudiants se sont montrés en général, pessimistes dans leur participation en tant que personnes et en tant qu'universitaires dans le monde actuel. Alors même qu'ils étaient raisonnablement motivés pour discuter des problèmes qui les touchaient, ils se sont montrés sceptique en face des solutions. A cet égard il ont souligné que, d'une façon générale, l'expérience avait été profitable à cause de l'occasion qui leur a été donnée de mieux se connaître mais cette expérience a constitué un fait isolé qui a très peu contribué aux changements espérés.

L'auteur analyse les aspects positifs et négatifs de l'expérience et conclut que dans le cadre des premiers ont y trouvent les suggestions découlant du problème de la crise de l'identité parmi les jeunes et la confirmation de l'utilité de la méthode psychodramatique comme instrument de recherche et d'enseignement quand la personne est le facteur principal d'étude.

STEPHEN GARZA y OVIDIO BELTRAN

Problemas del personal auxiliar de salud en la América Latina

INTRODUCCION

En documento presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana a la XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana (1), se señala que algunos problemas de salud de la América Latina ciertamente han mejorado en los últimos años, en tanto que otros persisten en algunas regiones, y otros se agravan. En efecto, en la América Latina el crecimiento explosivo de la población, la elevada proporción de población que vive en localidades pequeñas o en áreas rurales en muchos de sus países, un sector maternoinfantil proporcionalmente muy grande, una fuerza de trabajo preferencialmente del sector primario, un ingreso per cápita extremadamente bajo y una educación deficitaria, son factores que influyen directamente sobre los problemas de salud y sobre los servicios de salud de la Región.

A estos se suman las tasas elevadas de natalidad, con poca o ninguna tendencia a decrecer; la fecundidad, en muchos casos, precoz; la esperanza de vida a veces en disminución; la elevada tasa de mortalidad en algunos países, particularmente en los primeros años de vida y con preponderancia de las enfermedades prevenibles en algunas regiones (aproximadamente el 10% de las defunciones son todavía ocasionadas por enfermedades infecciosas y parasitarias, estrechamente

• Documento presentado en la Segunda Reunión del Centro de Información sobre Educación en Ciencias de la Salud, celebrada en Washington, D. C., del 10 al 11 de diciembre de 1970.

• El Dr. Garza es Consultor Dental, Región III de la División de Salud Dental, Oficina de Educación del Personal de Salud, Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos; y el Dr. Beltrán es Funcionario del Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, D. C.

ligadas a bajos niveles de vida). Este es también el cuadro de muchos otros países en vías de desarrollo (2).

A pesar de los grandes esfuerzos realizados por diversos países y organismos internacionales, las metas siguen distantes. He aquí que se haga necesario redoblar los esfuerzos en el campo de la salud para mejorar el elemento humano, clave del progreso. Se necesitan más recursos, pero también una mejor utilización de los mismos.

Todo esto justifica, pues, destacar la necesidad de la planificación en el sector salud. Y en cuanto a los recursos humanos en este sector, se considera que su planificación no debe hacerse aisladamente de la de los otros sectores de la sociedad ni por profesiones aisladas; se recomienda —y ya se ha demostrado estadísticamente— que “la planificación debe hacerse teniendo en cuenta todo el conjunto de los profesionales de la salud . . .” (3).

Tomando el caso de los médicos y enfermeras y aun aceptando que su número óptimo variará según la estructura del sistema de atención médica, los problemas de salud, la demanda de servicios por la población y la situación económico-social del país, las cifras que aparecen en el siguiente párrafo son impresionantes: “. . . en América del Norte hay casi seis miembros del personal de enfermería por cada médico—2,3 enfermeras y 3,4 auxiliares de enfermería. En Mesoamérica hay 0,7 enfermeras y 1,7 auxiliares, o sea, 2,4 por médico. En América del Sur se encuentran 0,3 enfermeras y 1,3 auxiliares, o sea, 1,6 por médico. En estas dos últimas Regiones no sólo se aprecia que el número de médicos en relación con la población es las cuatro décimas partes del de América del Norte, sino también que cada médico trabaja con sólo un tercio del personal de enfermería . . .” (1). Poco se sabe en relación con los problemas en el resto del equipo de salud, pero lo señalado puede servir como un indicador.

Por otra parte, en la formación del personal, la excesiva demanda por algunas profesiones mantiene y agrava la actual inversión de la pirámide de personal de salud (3). Nuevos profesionales formados bajo nuevas orientaciones crean grandes expectativas, pero la realidad es que al final, su distribución es inadecuada por cuanto tienden a concentrarse en las áreas más pobladas.

El problema de los recursos humanos en el campo de la salud es grave, sobre todo en aquellos países que se hallan incapacitados económicamente para aumentar su producción profesional; en consecuencia, es de rigor que las soluciones respondan a las necesidades de cada Región. Ya en 1950 se hacía hincapié en este problema; el Comité de Expertos en Educación Profesional y Técnica del Personal Médico

y Auxiliar, en su primera reunión (4) señalaba que “en muchos países todavía es imprescindible recurrir al empleo de personal semiadestrado y que éste, cuando está adecuadamente supervisado, puede constituir una contribución valiosa a la salud pública. El Comité estimó que debe estimularse el empleo de esos trabajadores como una etapa hacia el desarrollo de personal mejor adiestrado y que deben tomarse las disposiciones necesarias para asegurar la formación de ese personal”.

En 1963, el Comité Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud señalaba que “una cuidadosa distribución de las funciones entre personal médico y paramédico por una parte, y sus respectivos auxiliares por otra, puede producir economías en dos formas: primero, una economía de personal entrenado, y segundo, una economía en el tiempo que absorbe el entrenamiento, reduciendo a un mínimo el número de personas que requieren más largas y más complejas formas de más alto entrenamiento” (5).

En los últimos años se han hecho varios intentos para preparar personal auxiliar, sub-profesional, más adaptado a las necesidades de cada Región, cuya preparación sea menos sofisticada y onerosa y alcanzable en menor tiempo que la de los profesionales. Así, por ejemplo, en “The Duke University Medical School” desde 1965 se preparan “asistentes médicos” en dos años (6); en Guatemala, en 1968, se elaboró un proyecto de factibilidad para la creación del auxiliar médico (7); en Venezuela, desde 1963, con la autorización del gremio médico, se adelanta el llamado “Programa de Medicina Simplificada” para áreas de población dispersa (8). En otras partes del mundo se encuentran intentos semejantes: el “feltcher” de la URSS es ampliamente conocido (9); y en Sudán, el asistente médico se entrena ampliamente (10).

La necesidad de los servicios del personal auxiliar en odontología está ya fundamentada (11, 12). La enfermera dental de Nueva Zelanda presta servicios en los programas gubernamentales desde 1921. En Colombia, Cuba, Jamaica y Paraguay se cuenta con programas de adiestramiento para auxiliares semejantes a los de la enfermera dental. En Estados Unidos, si bien los odontólogos todavía suministran muchos de los servicios intra-orales, han hecho su práctica más eficiente delegando muchas de sus funciones a auxiliares tales como el asistente dental. En ese país se han hecho ya varios estudios sobre la expansión de las funciones de los auxiliares dentales. Recientemente, la Oficina Sanitaria Panamericana (12) ha sacado a la luz un estudio sobre las condiciones de formación y empleo del personal auxiliar en odontología en la América Latina, con la intención de promover la

utilización y el adiestramiento de personal auxiliar de odontología en esta Región.

En enfermería, existen varios documentos sobre adiestramiento y utilización de personal auxiliar (13). Igual sucede en otros campos, aunque en forma aislada (14-16). No los detallaremos en esta oportunidad; nos ocuparemos más bien de los auxiliares de salud en general.

Si la importancia de los auxiliares de salud parece suficientemente reconocida, ¿qué impide, entonces, su plena utilización en la América Latina? y ¿cuáles serán los medios posibles para mejorar su adiestramiento y utilización de modo que puedan redundar en un mayor beneficio para la salud de la población de la América Latina? El propósito de este trabajo es presentar una revisión, no exhaustiva, de información relacionada con el campo personal auxiliar de la salud. Se analizarán en él cuatro áreas generales: 1) Nomenclatura y terminología; 2) Categorías y funciones; 3) Utilización, y 4) Formación y adiestramiento.

EL PROBLEMA DE LA NOMENCLATURA

El Tercer Informe del Comité de Expertos en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar (17) da la siguiente lista de "las profesiones que trabajan en los servicios sanitarios", la cual aunque bastante amplia, no pretende hacer una enumeración excluyente: médicos, dentistas, enfermeras, parteras, ingenieros sanitarios e inspectores sanitarios, veterinarios, técnicos de laboratorio médico, técnicos radiólogos, fisioterapeutas y ergoterapeutas, farmacéuticos, administradores y otros profesionales. Según el Comité, cada una de estas profesiones tiene, a su vez, el respectivo personal auxiliar, según la definición que las Naciones Unidas da de dicho personal.

La organización de las Naciones Unidas y sus organismos especializados emplean la expresión "trabajador auxiliar" para designar al trabajador retribuido, que sin poseer los títulos profesionales exigidos en una especialidad técnica determinada, colabora con un profesional y actúa bajo su dirección. Un concepto un tanto más específico de lo que es un trabajador auxiliar de salud, fue expresado en una reunión internacional sobre adiestramiento y utilización del personal auxiliar sanitario (18). Se le definió como "un miembro retribuido del equipo de salud que no tiene calificación profesional y que ha sido específicamente adiestrado para asumir responsabilidades bien definidas bajo la dirección de un trabajador profesional en el mismo campo".

Ahora bien, en el Noveno Informe del mismo Comité de Expertos

(19) se señala que “. . . un trabajador auxiliar es el que actúa como técnico en una actividad sin tener preparación profesional completa. . .”. Parecería que hubiera cierta contradicción entre la categoría antes mencionada de técnicos de laboratorio médico, técnicos radiólogos, fisioterapeutas y ergoterapeutas y la definición aquí transcrita.

En muchas publicaciones y reuniones internacionales (20) se acepta que el equipo de salud está formado por: a) Personal médico: personas debidamente calificadas en medicina y registradas como tales. b) Personal paramédico: personas debidamente calificadas para trabajar en campos asociados con la medicina pero que no practican la medicina; por ejemplo, enfermeras, parteras, ingenieros sanitarios, inspectores de salud etc. c) Auxiliares: los comprendidos en la definición de las Naciones Unidas, ya transcrita.

En un Seminario Nacional de Educación Médica (21) el equipo de salud se definió como un “. . . conjunto organizado de profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen en la promoción, preservación y restitución de la salud. . .”. En algunas publicaciones (22) se presenta la composición del equipo de salud en forma un poco diferente, aunque aparentemente similar. Las áreas de trabajo en el campo de la salud pueden dividirse en: profesional, semiprofesional o técnico, y asistente o ayudante a nivel vocacional de los programas. Tendríamos que con este concepto, habría confusión entre los términos “personal paramédico” y “personal semiprofesional o técnico”.

En algunos países (23) se consideran los tres niveles en la siguiente forma: a) Personal médico, incluyendo a los odontólogos; b) Personal medio bien calificado, que comprende las enfermeras, los técnicos, las parteras, etc., diplomadas por el Estado, o titulares de certificados de aptitud profesional, y c) Personal auxiliar, como las enfermeras con alguna credencial, los ayudantes técnicos y los ayudantes sanitarios.

Es de notar que la citada división entre personal médico, paramédico y auxiliar tiene la enorme desventaja de que hace girar todo el equipo de salud alrededor del médico, descartando la posibilidad de que otro profesional pueda ser el directivo del grupo.

Se podría concluir, pues, que en el aparentemente simple aspecto de la nomenclatura, existen todavía aspectos de tipo general que no están suficientemente aclarados y que, por lo tanto, no son de aplicación universal.

EL PROBLEMA DE LAS CATEGORIAS Y FUNCIONES

El establecimiento de categorías o niveles en el equipo de salud es indispensable para una buena organización. Al parecer puede hacerse

por tres procedimientos: El primero se basa en la intensidad y duración de los estudios realizados; se utilizó en un Seminario Nacional de Educación Médica (21). El segundo se basa en las funciones que desempeña cada categoría de funcionario; parece ser un procedimiento más lógico, desde el punto de vista administrativo, por cuanto se trataría de determinar primero, qué funciones debe tener un cargo, para luego definir las condiciones que debe tener la persona que lo ha de ocupar, incluyendo, naturalmente, su grado de preparación y adiestramiento (12). El tercero sería la combinación de los dos anteriores, como ha sido aplicado en estudios hechos en Argentina (24) y Colombia (25).

El Tercer Informe del Comité de Expertos ya mencionado (17) señala que en cada una de las clases el personal podrá estar dividido en varias categorías, pero señala también que “. . . hasta donde sea posible convendrá, sin embargo, que las diferencias de graduación dependan del rendimiento y la experiencia y no de una diversidad de criterios de selección y formación que con frecuencia conducen a una profusión de títulos nuevos para designar empleos que apenas se diferencian en sus deberes y funciones. . .”. Más adelante el mismo informe expone que “. . . cada administración sanitaria tiene en cualquier momento plena libertad para emplear la nomenclatura que mejor se acomode a las circunstancias locales. . .”.

Con la información disponible no es posible intentar una lista de las clases y categorías de “personal auxiliar” en salud en la América Latina. Observando la lista de “profesionales de salud” mencionada anteriormente, es de suponer que la de auxiliares sería larga y de todas maneras incompleta. Entre otros, surgiría el problema de las distintas denominaciones para designar funciones iguales o similares. Este hallazgo fue constatado por la Oficina Sanitaria Panamericana en el estudio antes mencionado en el campo de la odontología (12). Las distintas categorías de personal auxiliar reciben en los diversos países de la América Latina distintas denominaciones, lo cual, en la mayoría de los casos, conduce a confusión; por ejemplo, los mecánicos dentales fueron clasificados bajo 13 denominaciones distintas. Otro ejemplo (5), es el del “asistente médico”, denominación que en algunos casos se refiere a un auxiliar sanitario, mientras que en otros, sus funciones se enmarcan dentro de una medicina curativa y preventiva simplificada.

En una de las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud (26), se señala que el número de “profesiones” ligadas a la medicina, a la odontología y a la farmacia, continúa aumentando debido al desa-

rrollo de nuevas técnicas y a la necesidad de delegar en personal técnico calificado ciertas actividades, entre otras razones, por el aumento de la demanda del público y por la complejidad creciente de la atención médica. La lista que se incluye en las legislaciones que se comentan en dicha publicación es impresionante, pues pasan de 26 las clases de personal auxiliar, y podría ser objetada por incluir como "personal auxiliar" lo que algunos países consideran "personal profesional"; por ejemplo, psicólogos, trabajadores sociales, inspectores de sanidad.

El Noveno Informe del Comité de Expertos (19) limitó sus deliberaciones sobre personal auxiliar a un campo bastante restringido. En efecto, sólo examinó cuatro categorías de auxiliar sanitario: a) Ayudante médico: trabajadores sanitarios entre cuyas atribuciones están el diagnóstico y el tratamiento corriente de las enfermedades frecuentes y que, por lo tanto, colaboran como auxiliares con el médico graduado en el ejercicio. b) Enfermera auxiliar: las que se dedican principalmente o por entero a actividades de enfermería y colaboran como auxiliares con la enfermera graduada. c) Partera auxiliar: las que trabajan como auxiliares de una partera graduada. d) Inspector sanitario auxiliar: los que colaboran como auxiliares con ingenieros sanitarios, inspectores sanitarios, técnicos de saneamiento o médicos de sanidad. No obstante la limitación de sus deliberaciones en este campo, el Comité aclaró que el término "auxiliar" se refería al trabajador que ha terminado con éxito su formación y que para designar a quienes están en vías de adquirirla se emplearían las expresiones "auxiliar aspirante" o "auxiliar alumno". Este, al parecer, sería el caso de aquellas personas que desempeñan o han sido designadas como "auxiliares" pero que están en etapa de formación o, simplemente, no tienen ninguna.

El Tercer Informe del Comité de Expertos (17), destaca la importancia y la longitud de una posible lista de auxiliares cuando habla de la serie casi interminable de auxiliares que han recibido adecuada formación para ejercer funciones temporales o permanentes en una actividad determinada.

Una forma bastante simple de clasificar a los auxiliares de salud, sería agrupándolos, según sus funciones, en dos categorías (27): a) Cuando sirven como miembros de equipos de salud formados por trabajadores profesionales, técnicos y auxiliares. (En estos grupos cada categoría tiene una tarea específica que desempeñar, claramente definida en alcance y responsabilidad). b) Cuando sirven como substitutos de trabajadores profesionales técnicos, en cuyo caso deben tener cierto grado de competencia (que no poseen) y de responsabilidad (que está

más allá de su conocimiento y habilidad). Este hecho debe tenerse en cuenta al tratar el problema del adiestramiento y uso de los trabajadores auxiliares de salud.

El desarrollo de las ciencias médicas y de la práctica de las profesiones médico-sanitarias, ha puesto a la orden del día el problema esencial de las atribuciones de este personal. Es evidente que si se aspira a establecer un sistema que permita la delegación de funciones de un tipo de profesional a otro (por ejemplo, de médico a enfermera), y de éste a un auxiliar (enfermera a enfermera auxiliar), es imprescindible analizar cuidadosamente el problema de las categorías y de las funciones. La trascendencia de este aspecto sobre los programas de preparación y adiestramiento es obvia.

PROBLEMAS DE UTILIZACION

El problema del adiestramiento del personal auxiliar, del cual se tratará más adelante, no puede desligarse del estudio de su situación como trabajador, de los resultados que obtiene con su trabajo y de las causas probables del fracaso o éxito. Sobre este punto casi no hay información disponible y para hablar de él, generalmente se procede por "impresiones". El trabajo mencionado de la OPS en odontología (12) aporta elementos que pueden ser verdaderamente útiles en la investigación de este campo. Se podría, no obstante, señalar que hay algunos puntos que tienen gran importancia y que ameritarían ser investigados. Por ejemplo:

¿Cuál es la posición social del "auxiliar" si se compara con los demás trabajadores del equipo de salud? El Comité de Expertos en su Noveno Informe (20) se refirió a este punto en la siguiente forma: "Ha de reconocerse que el empleo de los auxiliares en buenas condiciones y la calidad de su labor, dependen en gran medida de la adecuada situación en que se consiga colocarlos con respecto a los grupos profesionales en la jerarquía del servicio sanitario y de la consideración social que reciben en la colectividad". Pero este pronunciamiento, ¿en qué medida se ha cristalizado en la realidad?

¿Cuál es la actitud del personal profesional, particularmente el médico con relación a los auxiliares? ¿Hay un verdadero reconocimiento por parte de los otros trabajadores del equipo de salud hacia la labor que cumple el auxiliar, o el hecho de su misma denominación (auxiliar) lo coloca en menos valía con relación a los demás, en el campo más importante que es su concepto como individuo?

¿Cuál es la estabilidad, cuánto tiempo permanecen en el desem-

peño de sus cargos de auxiliares de salud y en qué proporción abandonan este campo de actividad? ¿Cuáles son las causas de este abandono?

¿Cuáles son sus ingresos, comparados con los de otros trabajadores de preparación básica similar?

¿Cuáles son los sistemas de supervisión y estímulo en el trabajo? ¿Funcionan ellos realmente?

¿Qué condiciones tienen en el desempeño de sus funciones? ¿Tienen agremiaciones que los protejan y en qué medida? ¿Se cuenta con registros de los auxiliares?

¿Tienen los servicios de salud establecidos sistemas de “descripción de cargos” que permitan la fácil ubicación del personal auxiliar dentro del escalafón administrativo y el cómodo desenvolvimiento de cada cual en el ámbito de su responsabilidad?

¿Se hacen las provisiones presupuestarias para la adecuada ubicación y utilización del personal auxiliar después de su período de adiestramiento?

¿Cuál es la efectiva utilización del personal auxiliar, o sea, hasta qué punto se obtienen de él los rendimientos y beneficios para la salud que se esperaban cuando se inició su selección y luego se hizo su adiestramiento? ¿Se utiliza adecuadamente su tiempo o bien su mala utilización es motivo de frustración individual y costos elevados en la prestación de servicios?

¿Están siendo los auxiliares utilizados en aquel trabajo para el cual fueron adiestrados? En varios países se están haciendo estudios sobre las actividades que desempeñan las enfermeras y auxiliares en centros de salud y hospitales; se ha encontrado que aproximadamente el 42,0% del tiempo total invertido en enfermería, tanto por las enfermeras como por las auxiliares, podría utilizarse mejor, delegando ciertas tareas a personas con menos adiestramiento (28). También se encuentra el caso opuesto: “En la práctica se ha visto muchas veces que el personal auxiliar se ve en la necesidad de realizar tareas complejas para las cuales no ha sido preparado. Esta situación de ninguna manera beneficia a los pacientes, por lo cual, en el caso del sector de enfermería, se hace necesario redefinir lo que son estas enfermeras; en qué consiste su formación y para qué funciones han sido preparadas. . .” (23). También cabría preguntar: ¿Esa delegación de funciones que se da en la práctica en muchos casos por la índole misma de la prestación, ha sido debidamente planificada, y en casos necesarios, podrían delimitarse las áreas de responsabilidad?

Finalmente, una pregunta muy importante sería: ¿Han sido los profesionales bajo cuya dependencia trabajan los auxiliares debidamente preparados para comprender y orientar su labor? Se recuerda que esta fue una de las más enfáticas recomendaciones del Comité de Expertos (19): "El profesional encargado de dirigir el trabajo de los auxiliares, si no tiene ideas claras sobre la posición y las responsabilidades de estos últimos, no estará en condiciones de asumir debidamente sus funciones directivas y obtener el mejor rendimiento de sus colaboradores".

Es alentador el reconocimiento de que entre los objetivos del currículum de las escuelas de formación de profesionales de la salud debe estar ". . . la habilidad para utilizar efectiva y eficientemente el personal auxiliar. . ." (29).

Las anteriores son unas de las tantas preguntas inquietantes que convendría, en lo posible, dilucidar sobre el terreno, como colaboración para una mejor planificación de las actividades y, por lo tanto, del adiestramiento del personal auxiliar de salud. Ellas podrían resumirse en dos: a) ¿Cuál es la situación real de estos trabajadores dentro de las organizaciones de salud, y en general, como trabajadores? y b) ¿Cuáles serían las recomendaciones para su mejor utilización?

PROBLEMAS DE FORMACION

Para planificar programas intensos de formación y adiestramiento de personal auxiliar de salud en la América Latina se debería proceder en la misma forma que se recomienda para la de los profesionales de la salud (29), tomando en cuenta puntos fundamentales como:

- 1) Las necesidades de la sociedad, en primer lugar.
- 2) Las características de la estructura administrativa dentro de la cual van a desarrollar sus actividades.
- 3) Las tendencias sociales que están en condiciones de influir la demanda de servicios de salud. Algunos aspectos dentro de este campo serían: a) En la América Latina existe una tendencia hacia el incremento de la conciencia comunitaria, lo cual ha conducido a una mayor conciencia sobre la necesidad de programas de salud pública más amplios y mejores; b) los patrones de enfermedad influyen decididamente en la utilización de los servicios, y c) la distribución de los recursos humanos para cubrir las necesidades no es la misma en las diferentes regiones; ya se mencionó su relación con las condiciones socioeconómicas, administrativas, etc.

- 4) El análisis de las funciones de los profesionales y de sus respectivos auxiliares, dentro del verdadero sentido de trabajo "en equipo".

Kesic (27) habla, con razón, de un sistema planeado de adiestramiento y utilización de trabajadores sanitarios auxiliares, en el cual se deben tomar las medidas siguientes:

- 1) Determinar los problemas nacionales de salud, así como los medios y los tipos de organización que se han de emplear para abordar tales problemas.
- 2) Definir la participación de cada una de las categorías de trabajadores sanitarios auxiliares en la solución de los problemas de salud y determinar su posición en el esquema de organización sanitaria.
- 3) Hacer un censo total del personal de salud y de los trabajadores sanitarios auxiliares en particular, con el objeto de determinar su número, su grado de adiestramiento básico y técnico, de qué modo se les emplea y otros datos necesarios para planear el adiestramiento y empleo futuro de esos trabajadores. El censo permitirá también hacer estimaciones constantes de la situación en todas las categorías de trabajadores sanitarios.
- 4) Elaborar un plan anual de necesidades y enseñanza (establecimiento de escuelas, planes de estudios, etc.) de los trabajadores sanitarios auxiliares (y de todas las demás categorías), teniendo presente no sólo las necesidades sino también las posibilidades de empleo.
- 5) Poner en rigor reglamentos que establezcan principios fundamentales, funciones, puestos y normas en relación con el adiestramiento y la utilización de trabajadores sanitarios auxiliares.

En la estimación de las necesidades cuantitativas de personal auxiliar del que se debe disponer y que es necesario adiestrar, es evidente que no pueden establecerse criterios universales tomando como base relaciones del número de dicho personal con el número de habitantes o con la categoría profesional correspondiente, sino que es necesario hallar cifras adecuadas para las circunstancias de cada país o aun para regiones dentro de un mismo país. Tales cifras muchas veces pueden ser simplemente tentativas, para ser corregidas y mejoradas en el futuro.

Pero, evidentemente, las estimaciones numéricas de las necesidades no podrían establecerse si, previamente, no se clarifican puntos tan importantes como los ya señalados de definiciones de categorías y funciones, que tienen que ver con la calidad de dicho personal. Ahora bien, la calidad del producto de los "cursos de adiestramiento" ade-

más de factores personales indiscutibles, dependerá de los objetivos de esos cursos, del contenido de sus programas y de la metodología de enseñanza utilizada.

Los programas de enseñanza para trabajadores sanitarios auxiliares deberían elaborarse (27): a) sobre el principio de la medicina integral, que aborda y trata de resolver cada problema de salud en sus aspectos social, preventivo y curativo; y b) sobre el principio del trabajo en equipo, en el cual cada miembro tiene una función bien delimitada por cuyo cumplimiento se responsabiliza plenamente.

La metodología de enseñanza que se utilice para la formación del personal auxiliar deberá ser, lógicamente, la más adecuada dentro de los modernos principios del aprendizaje y desarrollada por profesores ampliamente capacitados en su respectivo ramo, con objeto de lograr los objetivos claramente expresados en cuanto a la calidad del "producto" de los cursos de adiestramiento.

Hechas estas consideraciones de orden muy general sobre la formación de los auxiliares, cabría también hacer una serie de preguntas que ameritan ser contestadas, entre las cuales cabe destacar: ¿Qué se está haciendo a nivel continental en la preparación del personal auxiliar de salud? ¿Los planes de los cursos de formación y adiestramiento, cómo han sido elaborados? ¿Se ha realizado la adecuada clasificación de funciones y categorías del personal auxiliar de salud antes de elaborar los programas de adiestramiento? ¿Existen bases firmes organizativas para la delegación efectiva de funciones? ¿Existen bases razonadas para la buena administración de este personal? ¿Existen sistemas adecuados de estímulo dentro de condiciones aceptables para el trabajo de los auxiliares? ¿Se hace el adiestramiento de este personal teniendo en cuenta las funciones específicas que realmente debe desempeñar? ¿Qué tipo de personal auxiliar deberá tener prioridad en los programas de formación y adiestramiento? ¿Qué recursos humanos se están utilizando para impartir la docencia? ¿Están ellos debidamente capacitados en las técnicas pedagógicas? ¿Con qué facilidades o recursos físicos y financieros se cuenta para este tipo de actividades? ¿Se utilizan al máximo los recursos docentes adecuados de que es posible disponer? ¿En qué forma se podría encauzar un programa más dinámico y de mayor impacto en el adiestramiento de este importantísimo e indispensable elemento del equipo de salud?

La respuesta a muchas de estas preguntas está estrechamente relacionada con el mejor conocimiento que se debe tener de la utilización actual y futura del personal que se desea adiestrar. Resulta indispensable, por ejemplo, que la elaboración de un plan de estudios para

formar un determinado tipo de personal auxiliar sea precedida por la ubicación de ese personal dentro del equipo de salud y por la descripción de las funciones que debe desempeñar dentro de un sistema bien definido de prestación de servicios.

CONSIDERACIONES FINALES

Enumerados algunos de los múltiples problemas relacionados con la nomenclatura, categorías y funciones, utilización y formación del personal auxiliar de salud y planteadas algunas interrogantes al respecto, se podrían hacer algunas consideraciones de orden práctico:

1. Es necesario dar especial prioridad a este campo tan importante de los auxiliares de salud y estimular programas de utilización, formación e investigación.

2. Cualquier proyecto en el campo del personal auxiliar de salud en la América Latina requerirá una programación integral basada en el análisis previo de las condiciones socioeconómicas y de los recursos existentes en el país o región al cual esté destinado, y deberá tener en cuenta la planificación general de desarrollo de recursos humanos dentro de un plan nacional de salud.

3. En la planificación de la formación y utilización de personal auxiliar deben considerarse la delimitación de responsabilidades entre las diversas áreas profesionales y el establecimiento de prioridades en función de los problemas de salud de la comunidad.

4. En la mayoría de los casos, la información requerida en la planificación de la formación y utilización de personal auxiliar de salud es insuficiente o inadecuada. Se hace necesario, por lo tanto, estimular proyectos de investigación que tiendan a corregir tal situación. La investigación operacional dirigida al análisis de los sistemas en operación y al ensayo de nuevas modalidades de servicio, constituye un campo importante de actividad en este sentido. Como ejemplo se puede mencionar el estudio experimental sobre delegación de funciones que se realiza en tres áreas de la República de Colombia con el patrocinio de la OPS/OMS y la Agencia Internacional para el Desarrollo, del Gobierno de los Estados Unidos, cuya metodología y resultados deberán ser cuidadosamente analizados en cuanto a la posibilidad de su aplicación en otros países.

5. Sería útil desarrollar criterios para la clasificación del personal auxiliar de salud que contribuyan a racionalizar la utilización de dicho personal dentro de los sistemas de prestación de servicios de salud.

6. Serían de gran valor también, guías metodológicas para la elaboración y ejecución de programas de educación y adiestramiento del personal auxiliar.

7. Sería muy importante un intercambio profuso de información en toda la América Latina, que permita aprovechar las mejores experiencias en cuanto a formación y utilización del personal auxiliar de salud.

8. Es recomendable estimular la colaboración multinacional en el desarrollo de la investigación y en el adiestramiento de personal docente destinado a programas de formación de personal auxiliar.

El esfuerzo internacional en este campo sería muy útil ya que contribuiría a enfocar este problema con un carácter regional. Obviamente, sería necesaria una acción coordinada y con objetivos comunes por parte de las agencias que colaboren con los países en el desarrollo de programas de esta naturaleza.

RESUMEN

En este estudio se revisan los principales problemas relacionados con el personal auxiliar de salud en la América Latina, los cuales se agrupan en cuatro áreas: 1) problemas de nomenclatura; 2) problemas de categorías y funciones; 3) problemas de utilización, y 4) problemas de formación y adiestramiento. En el análisis de cada una de estas áreas surgen grandes interrogantes que los autores presentan con el objeto de destacar la importancia de la preparación y utilización de dicho personal. Señalan que los programas orientados hacia este fin deben estar integrados y además basados en el análisis previo de las condiciones socioeconómicas y de los recursos existentes en cada país o región, y que en su elaboración debe tenerse en cuenta la planificación general de desarrollo de recursos humanos dentro del plan nacional de salud. Agregan que en toda planificación de formación de personal auxiliar de salud debe tenerse en cuenta la delimitación de las responsabilidades de dicho personal, pero que, desgraciadamente, la información al respecto es insuficiente e inadecuada. Esto lleva a pensar en la necesidad de intensificar las investigaciones y desarrollar criterios para obtener una mejor clasificación del personal auxiliar de salud, con lo cual podrá lograrse una más adecuada utilización del mismo. Los autores reconocen la utilidad de guías metodológicas y el intercambio profuso de información en toda la América Latina con el fin de alcanzar un mayor aprovechamiento de las experiencias de cada país.

REFERENCIAS

- (1) Organización Panamericana de la Salud: *Las Condiciones de Salud en las Américas*, Publicación Científica No. 207, Washington, D. C., septiembre, 1970.
- (2) Vaizey, J.: Algunos de los principales problemas del desarrollo de la enseñanza. Citado por D. Restrepo-Gallego. *Bol. Of. San. Pan.*, Vol. LXV (julio-diciembre) 1968.
- (3) Villarreal, R.: *La Educación Médica y la Planificación de Recursos Humanos para la Salud*. Organización Panamericana de la Salud, 1970 (multigrafiado).
- (4) OMS: *Serie de Informes Técnicos No. 22*. Primera Reunión del Comité de Expertos en Educación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar. Ginebra, 1956.
- (5) WHO Education and Training Activities. A Review 1958-1967. WHO Doc. ET/67.2.
- (6) Comunicación Personal del Dr. E. Croft Long de la Escuela de Medicina de la Universidad de Duke, Durham, Carolina del Norte, Estados Unidos.
- (7) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Medicina: Proyecto de Factibilidad para la Creación del Auxiliar Médico. Guatemala, agosto de 1968.
- (8) Venezuela, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social: *Manual Normativo para Auxiliares de Enfermería y Otro Personal Voluntario*. Caracas, 1968.
- (9) WHO: *Report on the Interregional Travelling Seminar on Training and Utilization of Medium-grade Medical Personnel in the USSR*. 2-26 April, 1963.
- (10) Fendall, N. R. E.: The Medical Assistant in Africa. *J. Trop. Med. & Hyg.* Vol. 71, abril, 1968.
- (11) Restrepo-Gallego, D.: Algunas consideraciones sobre la formulación de planes nacionales de salud dental. *Bol. Of. San. Pan.*, Vol. LXV (julio-diciembre) 1968.
- (12) Garza, S.: Formación y utilización del personal auxiliar de odontología en América Latina. *Educación Médica y Salud*, Vol. 4, No. 3 (julio-septiembre) 1970.
- (13) WHO Regional Office for Europe, Copenhagen: *Seminar on The Training and Use of Auxiliary Nursing Personnel*. Escorial, 17-26 October, 1962.
- (14) OMS: *Serie de Informes Técnicos No. 331*. Comité de Expertos sobre la Función de la Partera en la Asistencia a la Madre. Ginebra, 1966.
- (15) OMS: *Serie de Informes Técnicos No. 193*. Preparación del Maestro para la Educación Sanitaria. Informe de un Comité Mixto OMS/UNESCO de Expertos. Ginebra, 1960.
- (16) OMS: *Serie de Informes Técnicos No. 156*. Comité de Expertos en Formación del Personal de Sanidad para la Educación Sanitaria Popular. Ginebra, 1958.
- (17) OMS: *Serie de Informes Técnicos No. 109*. Comité de Expertos en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar. Tercer Informe. Ginebra, 1956.
- (18) WHO: *Report on a Conference on the Training and Utilization of Auxiliary Sanitation Personnel*. New Delhi, 10 to 15 June, 1968.
- (19) OMS: *Serie de Informes Técnicos No. 212*. Empleo y Formación de Auxiliares de Medicina, Enfermería, Partería y Saneamiento. Noveno Informe del Comité de Expertos en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar. Ginebra, 1961.

- (20) WHO: *The Use and Training of Auxiliary Personnel in Medicine, Nursing, Midwifery and Sanitation*. Interregional Conference on the Training of Health Auxiliary Personnel. Khartoum, 14-20 December, 1961.
- (21) Asociación Venezolana de Facultades (Escuelas) de Medicina: IV Seminario Nacional de Educación Médica y II Conferencia de la Asociación Venezolana de Facultades (Escuelas) de Medicina, 1969, Caracas, Venezuela.
- (22) Skaggs, K. G.: Allied Health Programs in the Junior Colleges. *J. Am. Med. Assn.*, Vol. 206 (No. 7), nov. 11, 1968.
- (23) WHO: Bureau Regional de l'Europe, Copenhague. *La formation du personnel sanitair au Maroc*. Septembre, 1970.
- (24) Argentina, Secretaría de Estado de Salud Pública; Asociación de Facultades de Medicina, y Organización Panamericana de la Salud: *Estudio sobre Salud, Recursos para la Salud y la Educación Médica y Profesional Médico en la República Argentina—Estudios Metodológicos*. 1970.
- (25) Colombia, Ministerio de Salud Pública y Asociación Colombiana de Facultades de Medicina: *Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica en Colombia—Resultados Preliminares*. 1967.
- (26) WHO: Medical, Dental and Pharmaceutical Auxiliaries. A Survey of Existing Legislation, 1968.
- (27) Kesic, B.: Training and Use of Auxiliary Health Workers in Latin America. *Bol. Of. San. Pan.*, Vol. LX, No. 6 (jun.) 1966.
- (28) Organización Panamericana de la Salud: *Hechos que Revelan Progreso en Salud*. Publicación Científica No. 166, Washington, D. C., septiembre de 1968.
- (29) Durocher, Roy T.: *Lineamientos para el Desarrollo del Plan de Estudios de Odontología*. Documento No. HP/DH/1, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D. C., 1970.

PROBLEMS OF AUXILIARY HEALTH WORKERS IN LATIN AMERICA

(Summary)

This article reviews the main problems relating to auxiliary health workers in Latin America and divides them into four groups: 1) problems of nomenclature; 2) problems of categories and functions; 3) problems of utilization and 4) problems of education and training. In examining each of these areas, the authors raise a number of unanswered questions to emphasize the importance of the education and use of this type of personnel. They point out that programs for this purpose should be integrated and also based on a previous analysis of the socioeconomic conditions and existing resources in each country or region, and that in dealing with them general planning for the development of human resources as part of the national health plan should be taken into account. In addition, they state that in planning the education of auxiliary health workers their responsi-

bilities should be delimited but that unfortunately, the information on this point is lacking. This points to the need for further research and the development of criteria for a better classification and thus better utilization of auxiliary health workers. The authors recognize the usefulness of methodological guides and of a full exchange of information between the Latin American countries in profiting from the experiences of each country.

PROBLEMAS DO PESSOAL AUXILIAR DE SAÚDE
NA AMÉRICA LATINA

(Resumo)

Os autores passam em revista neste estudo os principais problemas relacionados com o pessoal auxiliar de saúde na América Latina, os quais formam quatro grupos: 1) problemas de nomenclatura; 2) problemas de categorias e funções; 3) problemas de utilização; e 4) problemas de formação e treinamento. Na análise de cada uma dessas áreas surgem grandes dúvidas, que os autores apresentam para destacar a importância da preparação e utilização desse pessoal. Assinalam que os programas que têm essa finalidade devem ser integrados e estar, além disso, baseados na prévia análise das condições sócio-econômicas e dos recursos do país ou região; e que na sua formulação se deve ter em conta o planejamento geral de recursos humanos dentro do plano nacional de saúde. Acrescentam que no planejamento da formação de pessoal de saúde auxiliar cumpre atentar sempre na delimitação das suas responsabilidades, mas assinalam que infelizmente as informações sobre esse particular são insuficientes e inadequadas. Seria portanto indicado intensificar as investigações e desenvolver critérios que assegurem melhor classificação do pessoal de saúde auxiliar e, conseqüentemente, seu melhor aproveitamento. Assinalam a utilidade dos guias metodológicos e do intercâmbio assíduo de informações em toda a América Latina, a fim de melhor aproveitar a experiência de cada país.

LES PROBLÈMES DU PERSONNEL AUXILIAIRE DANS LE
DOMAINE DE LA SANTÉ EN AMÉRIQUE LATINE

(Résumé)

Cette étude revise les principaux problèmes touchant le personnel auxiliaire dans le domaine de la santé en Amérique latine; ils sont ainsi répartis:

1) problèmes de nomenclature, 2) problèmes de catégories et d'attributions, 3) problèmes d'affectation et, 4) problèmes de formation et de perfectionnement. Dans l'analyse de chacun de ces domaines, surgissent des questions que les auteurs suscitent dans le but de bien mettre en relief l'importance de la préparation et de l'affectation dudit personnel. Ils font remarquer que les programmes orientés dans ce sens, doivent être intégrés et en outre basés sur une analyse préalable des conditions économiques et sociales et selon les ressources disponibles dans chaque pays au région et que, dans l'élaboration de ces programmes on ne doit pas perdre de vue la planification générale du développement des ressources humaines sur le plan national de santé. Ils ajoutent que dans toute planification de formation du personnel auxiliaire de santé compte doit être tenu de la limitation des responsabilités dudit personnel, mais que, malheureusement les informations sur la matière sont insuffisantes et impropres. Cela fait croire à la nécessité d'intensifier les recherches et de développer des critères en vue d'arriver à une meilleure classification du personnel de santé destiné à une affectation beaucoup plus appropriée. Enfin les auteurs de la présente analyse reconnaissent l'utilité des répertoires méthodologiques et de l'échange d'information à profusion dans toute l'Amérique latine dans le but de tirer le plus grand profit des expériences acquises par chaque pays.

Noticias

CREACION DE UNA NUEVA ESCUELA DE ODONTOLOGIA EN LA UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

La Universidad Peruana Cayetano Heredia, ubicada en la ciudad de Lima, de prestigio nacional e internacional por la calidad de su enseñanza médica, ha dado un paso más hacia la formación de equipos de salud, gracias al establecimiento de programas académicos destinados a la formación de personal para la atención de la salud oral. Estos equipos estarán integrados por estomatólogos y personal auxiliar de odontología.

En 1966 se formularon los primeros lineamientos para la creación de una facultad de estomatología que se encargaría de la preparación de equipos de salud oral capaces de actuar con una concepción totalmente renovada del servicio de salud. En el proyecto base se insistió en la conveniencia de formar auxiliares y estomatólogos conjuntamente, para que desde la etapa de estudios aprendieran a trabajar en equipo. En años subsiguientes se amplió el proyecto, se completó el estudio de factibilidad y se renovaron contactos con la Oficina Sanitaria Panamericana y la Fundación Kellogg, encontrándose acogida favorable al proyecto elaborado. Finalmente, dichas instituciones aprobaron la solicitud de ayuda que les fue presentada para complementar el presupuesto de los Programas de Estomatología y Auxiliares durante cinco años.

Uno de los aspectos de especial significación es que los programas educativos de la Universidad se desarrollarán con definida proyección a las necesidades de las grandes mayorías cuyo acceso a los servicios de salud oral es mínimo. Precisamente la ubicación de la Universidad en estrecha relación con los pueblos marginales en desarrollo, facilitará una educación en el servicio y para el servicio. Con relación a estos programas, cabe destacar que la mayor parte del aprendizaje clínico se realizará en trabajos de comunidad. Otro aspecto digno de mención es la realización del internado rural, donde el futuro odontólogo trabajará como parte del equipo de salud en las comunidades del interior de la República, en el área geográfica de influencia de la Universidad.

El Dr. Roberto Beltrán es el Coordinador General del Proyecto de Desarrollo del Programa Académico de Estomatología y actual Jefe del Departamento de Odontología de la Universidad. El Comité Organizador de dicho programa está conformado por los doctores Ramón Castillo, Hernán Villena, Juan Palacios, Guillermo Zárate, David Loza, Wilson Delgado y Juan Bernal, este último especialmente en lo relacionado con Odontología Comunitaria.

Actualmente este grupo de profesores se encuentra trabajando intensamente en la preparación de los programas de enseñanza para los primeros alumnos de odontología el próximo año de 1972. En la actualidad estos estudiantes realizan su segundo año de estudios generales, requisito indispensable para iniciar sus estudios profesionales.

FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES (ESCUELAS) DE MEDICINA

Los Seminarios sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva realizados en 1955 y 1956 bajo los auspicios de la Organización Panamericana de la Salud, recomendaron la creación de una organización que reuniera las escuelas de medicina del Hemisferio. Esta recomendación recibió formal aprobación en las dos primeras Conferencias de Escuelas Médicas Latinoamericanas convocadas por la Unión de Universidades de América Latina. La primera, celebrada en Ciudad de México en 1957, recomendó “la creación de Asociaciones Nacionales de Facultades o Escuelas de Medicina y su correlación entre ellas”; y la segunda, en Montevideo, en 1960, propuso “estimular a través de las Asociaciones Nacionales de Facultades de Medicina de todos los países de América, la creación de una Federación Panamericana de Escuelas de Medicina”.

Invitados por la Asociación Americana de Escuelas Médicas, representantes de escuelas de medicina de países latinoamericanos se reunieron en Montreal (noviembre de 1961), durante la 72a. Reunión Anual de dicha Asociación y decidieron establecer un Comité Organizador para elaborar el proyecto de la Federación. Este Comité se reunió en Cali, Colombia, en abril de 1962, y preparó el plan de organización de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina, aprobado en sesión plenaria de la Tercera Conferencia de Escuelas Médicas Latinoamericanas, realizada en Viña del Mar, Chile, el 29 de noviembre de 1962.

Se estableció entonces un Comité Administrativo Interino encargado de poner en funcionamiento la Federación y tomar medidas para la formación de los organismos directivos correspondientes. Finalmente, el 15 de agosto de 1964, al iniciarse la Cuarta Conferencia de Escuelas Médicas Latinoamericanas, en Poços de Caldas, Brasil, se llevó a cabo la instalación del Consejo de la Federación, se eligió la Mesa Directiva y se formó el Comité Administrativo con carácter permanente. Su actual Presidente es el Dr. Andrés A. Santas, de Argentina, y su Director Ejecutivo, el Dr. José Félix Patiño, de Colombia.

La Federación “es un organismo de carácter exclusivamente educacional y científico que se propone contribuir, en forma organizada y progresiva, al perfeccionamiento de la educación médica en las Américas”. Desde sus comienzos ha contado con la valiosa cooperación de las Fundaciones Milbank Memorial, Kellogg y Rockefeller, y ha actuado en perfecto entendimiento con la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En sesión plenaria celebrada el 7 de octubre de 1965, el Consejo Directivo de la OPS, en su XVI Reunión, “resolvió reconocer la Federación como organismo no gubernamental representativo de las Facultades y Escuelas de Medicina de las Américas”.

La Dirección Ejecutiva de la Federación funciona en Bogotá, Colombia (Carrera 7ª No. 29-34).

