



### Carta del Editor

Este año 2000 marca nuestro 40. Aniversario de la publicación "Diálogo". Agradecemos a todos los colaboradores a través de estos años su interés en participar ya sea con artículos sobre temas específicos o en las diferentes secciones del boletín.

El enfoque principal de este número es Salud Pública. Carlos Hernández Girón, epidemiólogo guatemalteco y ex-becario del Programa Regional de Becas de Posgrado en las Ciencias Sociales en conjunto con Armando Arredondo, profesor investigador del Instituto Nacional de Salud Pública contribuyen con el artículo *Modelos Conceptuales y Paradigmas en Salud Pública*. Rosario Cárdenas, profesora del Departamento de Atención a la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana, también ex-becaria, participa con el artículo *La Necesidad de una Utilización Médicamente Justificada de la Cesárea*. Ilse Cerda Montero, directora de la Caja Costarricense del Seguro Social, también ex-becaria contribuye con el artículo *Los Sistemas de Información (SI) y el Proceso de Desconcentración del Sector Salud*. Finalmente, Malaquias López Cervantes y Jaime Sepúlveda Amor investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública y el primero ex-becario, participan con *La Salud Pública en México*. Se incluye información sobre algunos programas académicos en España, un programa de becas terminando con la sección de becarios, *Noticias de Colegas* con noticias de Helmuth Castro, Arturo Cervantes, René Leyva y Paola Pérez Alemán.

Deseo extender un agradecimiento especial a mi colega Deyanira Gómez, administradora de los exámenes por computadora en el IIE Oficina para México y América Latina por su colaboración y paciencia en la preparación del presente número.

María Teresa San Román

## MODELOS CONCEPTUALES Y PARADIGMAS EN SALUD PÚBLICA

**Carlos A. Hernández-Girón**

Epidemiólogo. Ministerio de Salud Pública.

Gobierno de Guatemala.

Profesor Investigador Visitante.

Instituto Nacional de Salud Pública de México.

Candidato al Doctorado en Salud Pública Escuela de Salud Pública de México.

**Armando Arredondo**

Profesor Investigador Titular.

Centro de Investigaciones

en Sistemas de Salud.

Instituto Nacional de Salud Pública.

### INTRODUCCIÓN:

A pesar de que resulta aparentemente sencillo establecer acciones en salud pública, y de que su rol en el equilibrio salud-enfermedad-res-

### EN ESTA EDICIÓN

#### MODELOS CONCEPTUALES Y PARADIGMAS EN SALUD PÚBLICA



#### LA NECESIDAD DE UNA UTILIZACIÓN MÉDICAMENTE JUSTIFICADA DE UNA CESÁREA



#### LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN (SI) Y EL PROCESO DE DESCONCENTRACIÓN DEL SECTOR SALUD



#### LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO



#### PROGRAMAS ACADÉMICOS Y DE BECAS EN ESPAÑA



#### NOTICIAS DE COLEGAS

***La discusión sobre los paradigmas en Salud Pública, origina una recapitulación histórica sobre los modelos conceptuales, desde las concepciones mágico-religiosas hasta los modelos ecológicos y sociomédicos***

puesta social organizada nunca ha dejado de considerarse un equilibrio deseable por los distintos actores sociales (consumidores y proveedores de servicios de salud) a lo largo de la historia, en el momento en que los profesionales de la salud deciden abandonar su experiencia cotidiana y abordan la discusión teórico-conceptual de la salud pública, desde todos los puntos de vista posibles, se encuentran con algunas dificultades.

En efecto, el término salud pública esta cargado de significados ambiguos, ambigüedad que no es privativa de la definición conceptual, si no que también se refleja en el desarrollo teórico-explicativo de las diferentes propuestas y corrientes de pensamiento que incluyen un marco de análisis y de abordaje operativo para la salud pública.

Cada una de esas propuestas explícita o implícitamente plantean sus propias hipótesis, variables y perspectivas de análisis, bajo la búsqueda de planteamientos científicos, objetivos y operativos que expresan o ayuden a entender la determinación de los dos objetos de trabajo de la salud pública: las condiciones de salud de un determinado conjunto poblacional y la respuesta social que se organiza alrededor de tales condiciones.

Tomando en cuenta lo anterior, en este ensayo se discutirán y analizarán comparativamente algunas de las diferentes corrientes de pensamiento, tomando como hilo conductor el análisis de cambios epidemiológicos, identificados en diferentes eras o estadios y su relación con algunos de los modelos o marcos conceptuales de la salud pública.

#### **DESARROLLO:**

Con la aparición del libro "La estructura de las revoluciones científicas" ( Kuhn T. 1962), se origina un debate sobre la presencia de los paradigmas en las diferentes disciplinas científicas, y la epidemiología no es la excepción. Thomas Kuhn definió originalmente un paradigma como: "una construcción simbólica del conocimiento"; además propuso el término matriz disciplinar: "conjunto de elementos ordenados en una disciplina profesional", como ejemplo el método científico.<sup>1</sup>

La discusión sobre los paradigmas en Salud Pública, origina una recapitulación histórica sobre los modelos conceptuales, desde las concepciones mágico-religiosas hasta los modelos ecológicos y sociomédicos.<sup>2</sup> Mervin

#### **COMPARACIÓN DE LOS DIFERENTES MODELOS EN SALUD PÚBLICA.**

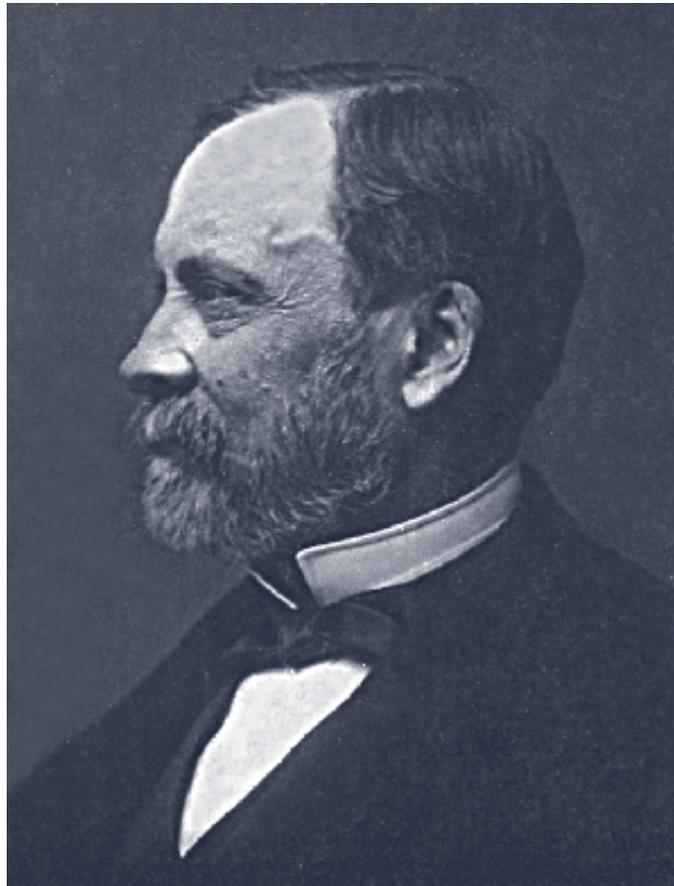
##### **CONCEPTO**

**MARCO CONCEPTUAL** <sup>7</sup> (Arredondo A.Cuad.Med.Soc.de Chile 1993;34:29-36)

<b>Marco conceptual</b>	<b>Biomédico</b>	<b>Epidemiológico clásico</b>	<b>Higienista-preventivo</b>	<b>Sociomédico</b>
<b>Perspectiva de análisis</b>	Enfermedad	Enfermedad	Salud	Proceso Salud-enfermedad
<b>Hipótesis</b>	Agente causal de la enfermedad	Interacción de factores de riesgo individual y grupal	La salud depende del equilibrio entre el huésped, agente y ambiente.	El perfil epidemiológico resulta de factores biológicos, psíquicos, sociales y culturales.
<b>Variables</b>	Agente causal Individuo.	riesgo individual riesgo grupal red de causalidad	Huésped Agente Ambiente	determinantes básicos. determinantes estructurales determinantes próximos estado de salud
<b>Aportes</b>	Identificación agente causal.	Considera factores de riesgo en tiempo, lugar y persona que interactúan con la enfermedad.	Considera los factores como riesgos comunitarios	Enfoque integral de los determinantes del proceso salud enfermedad
<b>Limitaciones</b>	Monocausal.	Falta énfasis de factores sociales	Énfasis a aspectos biológicos.	No pondera valor específico de cada determinante.
<b>Representantes</b>	Finales S.XIX: L. Pasteur y R.Koch	60's McMahon, Pugh	60's: R. Leavelly Clark	90's: Frenk, Pearlin, Lewis.

Susser en su discurso sobre el futuro de la epidemiología propone tres eras en la evolución de esta disciplina:<sup>3</sup>

1. *Era Sanitarista*: S. xviii hasta principios s. xix. Basada en el paradigma del "Miasma": la morbimortalidad de las poblaciones estaba determinada por contaminaciones del agua, aire y tierra, que ya habían propuesto filósofos griegos como Tales de Mileto, Anaxímenes y Aristóteles (s. vi a.C.).<sup>4</sup> Esto originó el desarrollo de una epidemiología descriptiva en cuanto espacio, tiempo y persona, que permitió avances en salud pública como fueron la implementación de medidas de saneamiento ambiental como disposición de excretas, drenajes y acueductos. Algunos estudios representativos de esta era son "Observation made upon the bills of mortality" (J. Graunt, 1662), donde reporta la distribución social de muertes ocurrida en Londres durante la época de las plagas; "On the mode of communication of Cholera" (J. Snow 1849), donde reporta un estudio epidemiológico sobre la contaminación de aguas en Broad Street; "Boden theory" (von Pettenkofer, 1850),



Luis Pasteur

donde incluye una variante multicausal a la teoría miasmática.<sup>5</sup>

2. *Era de las enfermedades infecciosas*: segunda mitad s. xix principios s. xx. Basada en el paradigma del "germen": agentes específicos se relacionaban con enfermedades específicas. El descubrimiento de agentes bacterianos fue el principal aporte a la investigación epidemiológica, lo que permitió el desarrollo de la investigación científica experimental y las vacunas. Algunos ejemplos son los estudios sobre la tuberculosis, antrax y leptospirosis (L. Pasteur, 1865); aislamiento del bacilo de la tuberculosis (R. Koch, 1882); y la relación entre una deficiencia nutricional y pelagra (J. Goldberger, 1914).

3. *Era de las enfermedades crónicas*: segunda mitad S. XX. Después de la segunda guerra mundial empezaron a tomar auge padecimientos como cáncer, enfermedades coronarias y gástricas, donde no se conocían agentes etiológicos específicos. Esto originó estudios epidemiológicos longitudinales. Aquí se originó la metáfora de la "caja negra" donde los agentes de exposición se mezclaban con los eventos de interés sin ex-

ERAS EN LA EVOLUCIÓN DE LA EPIDEMIOLOGÍA MODERNA (M.SUSSER)

ERA	PARADIGMA	ENFOQUE ANALÍTICO	ENFOQUE PREVENTIVO
Estadísticas sanitarias siglo xix	Miasma: envenenamiento del aire, tierra y agua.	Agrupamiento de morbilidad y mortalidad (clusters)	Saneación ambiental: drenajes, tratamiento de aguas residuales
Enfermedades infecciosas siglos xix y xx	Teoría del germen: un agente específico relacionado a una enfermedad específica	Aislamiento en laboratorio, cultivo y transmisión experimental de enfermedades.	Interrupción de la transmisión: vacunas, antibióticos
Enfermedades crónicas siglo xx	Caja negra: exposición relacionada al evento sin necesariamente ser un factor patógeno	Razón de riesgo: a nivel individual en poblaciones	Control de factores de riesgo modificando estilos de vida
Eco-epidemiología	Caja china: relación de factores a múltiples niveles: celular, individual, poblacional	Análisis de determinantes y eventos a diferentes niveles de organización: biomédico, clínico, epidemiológico.	Aplicación de información y técnicas a diferentes niveles de intervención

plificación de la patogénesis específica. El principal aporte de esta era es la incorporación de estudios sobre hábitos de vida, estilos de vida y comportamiento, que permitieron la identificación de factores de riesgo y grupos de riesgo tanto a nivel individual como poblacional. Un ejemplo es el estudio sobre la relación entre hábito tabáquico y cáncer de pulmón en una cohorte de médicos ingleses. (R. Doll y B. Hill, 1948).

Últimamente, a mediados de los 90's se ha propuesto un nuevo modelo "eco-epidemiológico", que emerge como un análisis de eventos y sus determinantes en diferentes niveles de organización: biológico, clínico y social (metáfora de la "caja china"). Un ejemplo de este modelo, es la aparición del SIDA a principios de los 80's, que requirió una investigación epidemiológica en todos sus niveles para su mejor comprensión, que permitiera implementar nuevas medidas tanto terapéuticas específicas (nivel individual) como preventivas (nivel poblacional).<sup>6</sup>

#### DISCUSIÓN:

La aparición de los trabajos de T. Kuhn dio actualidad al debate sobre los paradigmas actuales de la ciencia, incluyendo la salud pública y específicamente la epidemiología.

Así, por una parte queda demostrado a través de su presencia histórica, la importancia de la epidemiología en el desarrollo de la medicina y de los diferentes modelos en salud pública, desde la formación de "médicos hospitalarios" a finales del s. XVII hasta la aplicación epidemiológica, desde un nivel molecular hasta un nivel poblacional, a fines del s. XX. Por otra parte, surge el debate entre la eco-epidemiología multiniveles (propuesta de M. Susser) y la epidemiología moderna (propuesta por N. Pierce), como el paradigma ulterior de la epidemiología. Mientras la primera propuesta parece tener un enfoque holístico y multidisciplinario en la investigación epidemiológica, la segunda hace énfasis en la especialización y el reduccionismo de generar métodos que miden asociaciones entre una exposición y una enfermedad.<sup>8</sup>

Retomando el objetivo de este ensayo, podemos decir que los cambios epidemiológicos medidos a través de diferentes enfoques, constituyen elementos de análisis que todos los modelos discutidos en este ensayo, incluyen para delimitar los aportes y variables que

los determinan. En efecto podemos decir, por ejemplo, que el modelo higienista-preventivo plantea tres determinantes del proceso salud-enfermedad, determinantes que están estrechamente relacionados con los diferentes factores de riesgo epidemiológico de un determinado nivel de salud-enfermedad. Otro ejemplo, lo constituyen los modelos sociomé-

dicos ya que si bien es cierto incorpora determinantes básicos, estructurales y próximos del nivel de salud, también es cierto que esos determinantes los analiza bajo la perspectiva del perfil epidemiológico.

Finalmente, queremos resaltar que no hay elementos suficientes para poder decir cual de los modelos o paradigmas es el más recomendable para el abordaje de problemas de salud pública, esto dependerá de la pregunta de investigación o del planteamiento del problema de estudio. Lo que si podemos dejar explícito es que, por una parte, las más de las veces, el objeto de estudio requiere la utilización de dos o más modelos de análisis para poder hacer un abordaje integral del objeto de trabajo. Regresando al análisis epidemiológico también es importante que en el abordaje de problemas de salud pública se utilicen otros modelos no epidemiológicos pero que retoman la perspectiva epidemiológica en sus variables de análisis, solo de esta manera la construcción del conocimiento se dará desde una perspectiva integral en su totalidad y no fragmentado como generalmente sucede.

***Últimamente,  
a mediados  
de los 90's  
se ha propuesto  
un nuevo modelo  
"eco-epidemiológico",  
que emerge como  
un análisis de eventos  
y sus determinantes  
en diferentes niveles  
de organización:  
biológico, clínico  
y social  
(metáfora de  
la "caja china")***

#### REFERENCIAS:

- 1 Kuhn T. Estructura de las revoluciones científicas. cap.3 Editorial Nacional España 1982, pp. 509-33.
- 2 Eckberg D. Hill L. The paradigm concept and sociology: a critical review. Am Soc Review 1979;44(6):925-37.
- 3 Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology: eras and paradigms. Am J Public Health 1996;86:668-73.
- 4 Pérez Tamayo R. ¿Existe el método científico? Historia y realidad. cap. 1 Editorial Fondo de cultura económica México 1990. pp.5-30.
- 5 Cameron D, Jones Y. John Snow, the Broad Street pump and modern epidemiology. Int J Epidemiol 1983;12:393-96.
- 6 Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology: from black box to chinese boxes and eco-epidemiology. Am J Public Health 1996;86:674-77.
- 7 Arredondo A. Modelos conceptuales en Salud Pública. Cuad. Med. Soc. de Chile 1993;34:29-36)
- 8 Pierce N. Traditional epidemiology, modern epidemiology and public health. Am J Public Health 1996;86:678-79 .

# LA NECESIDAD DE UNA UTILIZACIÓN MÉDICAMENTE JUSTIFICADA DE LA CESÁREA

*Rosario Cárdenas\**

*Profesora*

*Departamento de Atención a la Salud*

*Universidad Autónoma Metropolitana*

*Unidad Xochimilco*

La operación quirúrgica conocida como cesárea es una de las intervenciones obstétricas más útiles para salvar la vida de las madres y sus hijos. En épocas recientes, el avance en el conocimiento médico ha derivado en una aplicación mucho más amplia de ésta, que incluye, no solamente la atención de complicaciones sino, inclusive, en algunos casos evitar el desarrollo de éstas. Sin embargo y no obstante reconocer los beneficios que para la salud de la población representa la cesárea, en diversos países, tanto desarrollados como en desarrollo, su empleo excede los niveles esperados.

Los factores que explican el uso exagerado de la cesárea son de muy diversos tipos. Algunos de éstos corresponden a la demanda por parte de las mujeres y otros a las características de los servicios de salud o de la práctica profesional del personal médico.

Respecto a la población usuaria, algunos estudios han señalado los errores de información de las propias mujeres al considerar que el riesgo de complicaciones es menor en el caso de una cesárea comparada con un parto vaginal. Asimismo, la dificultad para que, una vez que han tenido una cesárea, acepten intentar tener un parto vaginal en embarazos subsecuentes.

En relación con los servicios de salud, se ha encontrado que existen factores de tipo económico que propician el aumento del uso de la cesárea. Los estudios comparativos entre servicios médicos públicos o de enseñanza y privados, muestran tasas de cesárea más altas en estos últimos. De igual forma, el análisis de las características socioeconómicas de las mujeres, indica que aquellas de mayor ingreso, así como con seguros privados tienen un riesgo superior de ser intervenidas vía cesárea, lo mismo que las de mayor escolaridad o que residen en áreas urbanas. Adicionalmente, el costo, tanto por honorarios médicos como por servicios de hospital es mayor en el caso de una cesárea. Al respecto, los análisis reportan un diferencial entre 40 y 70 por ciento superior.

Respecto a las características de la práctica médica, se ha observado que la cesárea permite un manejo del tiempo del proveedor del servicio, toda vez que puede decidir en qué momento intervenir en lugar de esperar el desarrollo del periodo de labor y el parto. Los resultados que muestran tasas de cesárea más altas durante los días laborables de la semana o durante el día en contraste con el fin de semana o la noche, apuntan en esta dirección.

Características personales como edad y sexo del proveedor del

servicio, así como el lugar de entrenamiento médico también se asocian con la práctica de la cesárea. La percepción que el médico tiene sobre la posibilidad de ser demandado, así como las primas de seguro son otros de los factores que explican un uso más intensivo de ésta.

Ahora bien, el hecho de que la cesárea conlleve en sí misma riesgos para la salud, hace aún más preocupante el uso médicamente injustificado de esta intervención. La cesárea puede afectar tanto la salud de la madre como la de su hijo y sus efectos evidenciarse tanto en el corto como en el largo plazos.

Estudios llevados a cabo alrededor del mundo han encontrado un mayor riesgo de muerte materna asociado a la cesárea, en algunos casos varias veces superior. La infección de la herida es la complicación más frecuentemente observada, pudiendo desembocar en la muerte de la mujer debida a septicemia, por ejemplo. En el intento por disminuir el riesgo de desarrollar infecciones postquirúrgicas se ha sugerido el empleo rutinario de antibióticos. Sin embargo, el uso indiscriminado de éstos, particularmente tratándose de medicamentos de amplio espectro, coadyuva al desarrollo de cepas resistentes, con el impacto potencial en la salud de la población.

En el caso de los recién nacidos, los problemas respiratorios debidos a un nacimiento prematuro constituyen la principal complicación. No obstante, también se ha observado un patrón diferencial de colonización bacteriana en niños nacidos por esta vía, así como un inicio más tardío y menos intenso de la lactancia materna.

La información del Sistema Nacional de Salud muestra un aumento en la tasa de cesárea en México, ubicándose en alrededor de 30% en años recientes, con un diferencial importante tanto entre instituciones del sector salud como entre entidades federativas.

El nivel de cesáreas reportado en México, aunado a las diversas complicaciones que su práctica conlleva, así como la posible transgresión de los derechos de las mujeres sometidas a éstas, subrayan la necesidad de establecer programas orientados a lograr la utilización médicamente justificada de esta intervención.

La experiencia internacional señala el diseño de protocolos de atención obstétrica, la revisión anónima de cada caso entre pares, la implementación de atención activa del parto y de programas de atención vaginal de partos postcesárea, como algunas de las acciones que pueden coadyuvar a reducir el uso innecesario de la cesárea.

## RESUMEN

Este artículo trata de la importancia de contar con sistemas de información (SI) en cada nivel desconcentrado. Define tres niveles de información: el SI local, el SI regional y el SI central. Propone que entes regionales y centrales involucrados, en captar información de los niveles locales, coordinen y no se dupliquen esfuerzos. Define el concepto de sistema de información local y expone los principales factores de éxito para su implementación, entre ellos destaca el darle prioridad a las tareas de carácter médico de las cuales se podrán obtener automáticamente la de orden administrativo logrando el objetivo de mejorar la salud. Una de las acciones primordiales es contar con un registro automatizado de personas y familias, en los niveles locales.

Expone la ventaja de automatizar el expediente médico o un sistema alternativo de recolección de información en salud por paciente. Esta información sería más útil y manejable. Un buen sistema de información garantizaría una atención médica continua. Detalla los requisitos para que ese sistema sea exitoso. Y concluye con cuatro aspectos fundamentales para el desarrollo de los SI.

Para llevar a cabo un proceso exitoso de desconcentración en cualquier campo, es requisito indispensable que cada nivel desconcentrado disponga de un apropiado sistema de información (SI) que le permita conocer la situación real de su competencia y tomar decisiones basadas en la determinación de prioridades y en una planificación local, producto del conocimiento de esa situación. Asimismo, también es indispensable que los niveles superiores, rectores de la salud, dispongan de sistemas de información complementarios que les permitan mantener los mecanismos de control, evaluación y monitoreo de la gestión general.

En la tendencia centralista, la idea de tener todo el control en el nivel superior hace que toda la información desagregada fluya hacia dicho nivel, provocando que los procesos de envío, unificación, análisis y toma de decisiones con base en dichos análisis se vuelvan muy lentos y por ende la disposición de infor-

mación si llega al nivel que realmente la necesita, cual es el nivel local, no sea oportuna y posiblemente tampoco apropiada. Esto ha provocado que la mayoría de los diagnósticos de salud de población y programaciones deban hacerse con base en estimados.

## LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN (SI) Y EL PROCESO DE DESCONCENTRACIÓN DEL SECTOR SALUD

**Ilse Cerda Montero**

*Caja Costarricense del Seguro Social  
Departamento de Informática Médica  
Directora*

Sin embargo, aunque este proceso no sea el más conveniente, en ocasiones ha sido el único para garantizar un mínimo de información común a todo nivel, permitiendo conocer algunos datos de la situación de salud de la población.

De los procesos de cambio actuales y la disposición de tecnología en información en los niveles locales, se desprende que los SI deben adaptarse rápidamente para cumplir con los nuevos retos.

Para esto es importante definir claramente tres niveles de información: el SI local, SI regional y el SI central; los dos últimos serán producto consolidado, condensado y conciso del nivel anterior, con lo que se cumple también, en sistemas de información, la estructura piramidal, en donde es en el primer nivel en el que la cantidad de información requerida es mayor, más detallada e individualizada, y de ahí en adelante, debe irse resumiendo para facilitar al nivel siguiente la consolidación de la información procedente de todos los niveles a su cargo.

Para lograr este ajuste es necesario, además, que los entes regionales y centrales involucrados en captar información de los niveles locales coordinen el proceso de flujo de información, para que los niveles locales no dupliquen sus esfuerzos rindiendo los mismos u otros informes a múltiples grupos desintegrados, lo que causa pérdida de tiempo y desmotivación, sin apoyar además al nivel en su propia gestión.

### SISTEMA DE INFORMACIÓN LOCAL

La garantía de calidad y los programas que la componen son de gran variedad y deben estar orientados, no solo a garantizar la eficiencia y eficacia de los servicios de atención en salud, sino más aún, al aseguramiento de la SALUD del individuo en sí mismo.

Entre los problemas más frecuentes encontrados para el éxito de la implementación de SI locales, se encuentra el hecho de que en la mayoría de los casos la prioridad es dada a las aplicaciones administrativas más que a las de carácter médico.<sup>(1)</sup> Si la estrategia se diseña dando prioridad a las de carácter médico, la misma información permitirá obtener y utilizar los indicadores de productividad de los servicios, sin comprometer la salud de los individuos.

Es preocupación muy frecuente de la administración, determinar el número de pacientes ausentes de la consulta médica logrando en ocasiones sustituirlos, mejorando la productividad y eficiencia. Pero sería muy importante, a nivel de salud, si al mismo tiempo se determina si esa ausencia se debió a una mujer embarazada, a un paciente crónico o a un niño desnutrido, entre otras condiciones, en cuyo caso ese paciente debe reintegrarse de nuevo a la atención médica (garantía de calidad).

El primer paso para lograr este propósito es contar con un registro automatizado y ordenado de los individuos y familias que componen la población de cada sector, que permita identificar y localizar a cada uno de ellos y sus miembros en el momento requerido. Para ello se dispone de algunos sistemas de recolección de datos, entre otros, las fichas familiares por parte de los técnicos

de atención primaria y los registros de afiliación de pacientes en los distintos centros de atención.

Con el registro de los individuos de la comunidad, no sólo se cuantificará el número de población perteneciente a un sector, su distribución y otros análisis de población, sino más aún, permitirá relacionar esta información con otra, para obtener un beneficio en salud, como lo veremos más adelante, dirigido hacia el individuo, además de que se garantiza que cualquier otro proceso de automatización que se implemente quedará integrado, evitando duplicación de información.

Además de disponer del registro de población, deben crearse mecanismos para recolectar información en salud proveniente del acto médico, que permita la toma de decisiones locales. En los casos en donde sea posible, debe automatizarse el expediente médico, ya que no hay mejor información que aquella digitada por el mismo usuario que la genera y la utiliza, quien en este caso es el médico. "La primera y principal aplicación de las computadoras en el esquema de atención primaria es la automatización del expediente médico del paciente" (OMS, 1988). No debemos temer a este avance, sino más bien propiciarlo, sobre todo, al pensar que es en el expediente donde se recoge la mayor parte de la información de salud de los individuos. Otra alternativa es informatizar solamente aquellas actividades relevantes del acto médico: diagnósticos y planes para cada individuo. Esto se hace más

útil y manejable en los niveles primarios de atención, en donde el volumen de procesos involucrados en la atención médica es menor que en los niveles superiores y donde se hace necesario tener un conocimiento más preciso de las condiciones de salud de los habitantes del sector en forma estandarizada, ordenada y codificada, ayudando a su procesamiento y a la integración de la misma.

Las medidas para lograr que la información contenida en el expediente sea de buena calidad, son de utilidad en el momento en que esa información se procese y se analice para apoyar la toma de decisiones.

Con la información de salud del expediente o mediante opciones alternas, dispondremos de variables como diagnósticos, planes, manejo, resultados e historia clínica, fácilmente utilizable para garantizar la calidad de la atención y la salud de la población.

A la par del proceso de cuantificar las acciones derivadas de la atención médica y las actividades de prevención y promoción de la salud, para la gestión administrativa del nivel local, que evalúa la productividad y permite el planeamiento y la programación de actividades con una mejor distribución de los recursos, la información en los niveles locales debe utilizarse para la gestión médica y permitir la obtención de la situación real de salud, ampliar la labor preventiva y mejorar la cobertura, lo que producirá, sin lugar a dudas, una mejor condición de salud de la población, permitiendo llegarle directamente al individuo, ya no por campañas masivas, sino por condiciones detectadas dentro de los SI.

No se trata entonces de seguir cuantificando sólo las consultas por individuos que acuden a recibir algún tipo de atención médica, sino de detectar aquellos que, ameritándolo, no acuden o lo hacen desordenadamente, siendo este fin verdadero de la prevención y atención oportuna de la salud, además de detectar condiciones o enfermedades en estudios preclínicos en individuos aparentemente sanos.

Relacionando, por ejemplo, la información de todas las embarazadas que se detectan en las rondas de atención primaria con la de aquellas que cuentan con un registro de consulta médica, se puede determinar las que no están acudiendo a la consulta, permitiendo la localización exacta de cada una de ellas para incorporarlas a la atención.

Dentro del nivel local, se encuentran tres

grupos generadores de información de un mismo individuo:

El nivel primario de atención integral, el nivel secundario de la clínica del área de salud generalmente con los servicios de apoyo y el nivel terciario hospitalario.

El SI local debe captar, por tanto, información esencial de las otras fuentes generadoras del primer nivel, como contrarreferencias de especialistas o egresos hospitalarios, lo cual debe fácilmente relacionarse con los registros de información, permitiendo tener un conocimiento muy detallado de la situación real de salud, ya no de la población en general, sino de los individuos en particular.

La introducción de las computadoras, por sí sola, no es de ayuda, si no busca manejar la información para mejorar la salud. Un buen sistema de información es aquel que garantiza una atención médica continua.

"Dados los mayores beneficios económicos de usar sólo intervenciones en salud y bienestar que tengan un impacto conocido, uno bien debe preguntarse si naciones con mínimos recursos pueden permitirse no tener un sistema nacional sofisticado para monitoreo que pueda proveer rápidas respuestas a preguntas sobre el impacto costo-beneficio de los experimentos sociales"<sup>(2)</sup>

En resumen, para un exitoso sistema de información local, que responda tanto a la

***Las medidas para lograr que la información contenida en el expediente sea de buena calidad, son de utilidad en el momento en que esa información se procese y se analice para apoyar la toma de decisiones.***

***La introducción de las computadoras, por sí sola, no es de ayuda, si no busca manejar la información para mejorar la salud. Un buen sistema de información es aquel que garantiza una atención médica continua.***

gestión médica como a la administrativa, es necesario que se cumplan varios requisitos:

1. Debe existir un registro automatizado de cada uno de los individuos y familias del sector, que será el corazón del sistema y que contendrá, además de información demográfica, información del estado de salud de cada uno de ellos, detectando y actualizando permanentemente con las rondas de los técnicos de atención primaria.
2. Debe disponerse de información en salud del expediente médico con datos esenciales de las consultas que cada paciente reciba, tanto en el centro de salud de atención primaria, como en clínicas de especialidades o en el nivel hospitalario. Esto se logra con la automatización de los sistemas de recolección de datos en el centro de salud y con la retroalimentación de los niveles más especializados. Aquí también deben incorporarse datos de salud provenientes de registros vitales como nacimientos, defunciones, etc. Esta información debe estar disponible para relacionarla con el individuo.
3. De los dos sistemas anteriores integrados, se obtendrá automáticamente el diagnóstico global de salud de la población del sector que, en concordancia con la OMS, es el método más simple y prometedor de recolectar información para investigación y programación en salud en la mayoría de los países en vías de desarrollo.<sup>(3)</sup>
4. Con el diagnóstico de salud se hará el planeamiento, la programación de actividades, la determinación de prioridades y la determinación de requerimientos del nivel local; como recursos humanos, materiales físicos y costos.

Hasta este nivel se logra el modelo de gestión tradicional. Para avanzar en la prevención y promoción de la salud y mejorar la calidad de la salud de los individuos, se debe entonces avanzar sobre los siguientes puntos.

5. Con los otros cuatro sistemas anteriores deben detectarse, en forma individual, aquellos casos que no estén quedando cubiertos con los programas

establecidos, iniciando con los prioritarios para su captación. Es la forma más precisa de garantizar mejores resultados en la cobertura y la equidad de los servicios de salud, mejorando los índices de morbimortalidad o su comportamiento. Mecanismos bien conocidos para lograr estos efectos son:



- Emisión de cartas individuales para el llamado de pacientes para realizarles procedimientos específicos de prevención como citología vaginal, inmunizaciones, etc.
- Captura de pacientes con enfermedades crónicas o condiciones que ameritan control médico continuo.
- Realización de programas de monitoreo, como electrocardiogramas, exámenes de laboratorio, etc, en pacientes de riesgo.

Logrando un conocimiento detallado de la salud de los individuos de una comunidad, por parte de los trabajadores en salud del nivel local, se podrán obtener de una forma muy sencilla consolidados estándares para los niveles regionales y centrales que respondan a las necesidades de cada nivel, de nuevo considerando la necesidad de medir calidad más que cantidad (aunque esta última se puede obtener si se tiene la primera, pero no viceversa) y garantizar así la salud de dicha población.

Para concluir, podemos mencionar cuatro aspectos fundamentales para el desarrollo de los SI:

- a. La mayor tarea al desarrollar un SI debe ser definir claramente los requerimientos de información que será utilizada para mejorar la calidad de la atención y el estado de salud de los individuos.
- b. Un buen sistema de información debe estar dirigido a conocer y satisfacer las necesidades de la población.
- c. Un buen sistema de información debe ser activo, más pasivo, apoyando la toma de decisiones por parte del médico y otros trabajadores en salud para otorgar una mejor atención.
- d. Un buen sistema debe utilizar la información para lograr en primera instancia el objetivo principal para el cual fue desarrollado (garantizar la atención y mejorar la salud) y llevar a cabo un gran rango de objetivo complementarios (productividad, eficiencia, eficacia, etc).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Vallbona C. Information systems for health care in developing countries. In: Fernández de Talens, ed. Health Informatics in Developing Countries: experiences and viewpoints, 1982:87.
- (2) Microcomputer applications in health populations surveys: experience and potential in developing countries. World Health Statistics Quarterly 1985; 38:91-9.
- (3) Bertrand, WE. Microcomputer applications in health population surveys: experience and potential in developing countries. World Health Statistics Quarterly 1985, 38:91-9.

# LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO

*Malaquías López-Cervantes,<sup>1</sup>  
Jaime Sepúlveda Amor<sup>1</sup>  
Instituto Nacional de Salud Pública  
Investigador*

Versión abreviada de un capítulo con el mismo título que fue preparado para el libro "Las ciencias de la salud en México", Siglo XXI, en prensa.

## 1. INTRODUCCION

No obstante que la enfermedad es un fenómeno universal, es bien sabido que no afecta a todas las personas por igual; la incidencia y las formas clínicas cambian con la época, el lugar y la cultura. El estudio del origen y la forma en que las poblaciones enferman y mueren, junto con el análisis de las respuestas que la sociedad adopta frente a tales procesos, son los dos grandes temas que configuran a la salud pública como un campo de conocimiento científico y como una práctica social.

Durante la evolución de la salud pública se han identificado tres grandes hechos de carácter casi axiomático, que permiten analizar a la enfermedad como un proceso colectivo. El primero se refiere a que la presentación de las enfermedades no sigue un patrón uniforme ni azaroso. El estudio de las analogías y las diferencias en la distribución de las enfermedades, a través de las características personales, el tiempo y el espacio, ha proporcionado a las ciencias de la salud muchas de las claves sobre la naturaleza de las enfermedades.

La salud pública nos ha mostrado que toda sociedad establece, de manera sistemática, una forma de respuesta ante la enfermedad y la muerte. Este proceso, cuyos antecedentes nos remontan a las prácticas de higiene pública desarrolladas en la antigua Grecia y en el Imperio Romano, se consolidó inobjetablemente durante los siglos XVI y XVII al surgir el Estado-nación, que adquirió la responsabilidad de establecer políticas de salud y vigilar su cumplimiento. Bajo esta óptica, es posible comprender el origen de las modernas formas institucionales para fomentar el bienestar y atender las necesidades en materia de salud.

El tercer elemento, apenas recientemente reconocido, se refiere a la intersectorialidad de la salud. Ahora sabemos que la salud y la enfermedad son el resultado de una compleja interacción que involucra a las condiciones geográficas, culturales, políticas y económicas que caracterizan a cada sociedad. Por esta razón, el terreno de la salud pública trasciende los límites habituales de lo que en la actualidad se denomina sector salud.

Estos tres elementos no pueden comprenderse en forma separada, por lo cual la salud pública está obligada a adquirir y mantener un carácter multidisciplinario. Pero, al mismo tiempo que se constituye en un escenario de participación plural, la salud pública debe mantener y expandir un núcleo de conocimiento que la caracterice y distinga; ese núcleo es resultado del quehacer de la epidemiología, disciplina toral que al brindar sustento e identidad a la salud pública, también le permite incorporar las aportaciones de las demás disciplinas.

A lo largo del presente siglo, en México han tenido lugar grandes cambios en los perfiles demográfico y de salud. Lo anterior ha sido el resultado de una mejoría en las condiciones generales de vida, que a su vez son reflejo de nuestra estabilidad política y desarrollo socioeconómico. Sin embargo, la situación actual es todavía altamente insatisfactoria.

En consecuencia, para la salud pública mexicana es apremiante emprender todos los esfuerzos posibles para: identificar las causas de las enfermedades que dominan nuestra situación actual; adecuar el sistema de salud a las necesidades de nuestra población; concertar la participación multisectorial en el abatimiento de las condiciones de vida que deterioran la salud; y elaborar predicciones de alta calidad que permitan aprovechar al máximo los recursos disponibles, que siempre serán escasos.

## 2. LA EVOLUCIÓN DEL PERFIL NACIONAL DE SALUD

**Mortalidad:** Desde finales del siglo pasado y durante el presente han disminuido las tasas de mortalidad. Entre 1950 y 1995 la tasa de mortalidad pasó de 16.2 a 4.7 por 1000 habitantes, lo que representa una reducción del 71.0%. La reducción más importante de la mortalidad correspondió a los menores de cinco años y, especialmente, a los menores de un año. Por otra parte, la mortalidad de los adultos mayores se ha incrementado. En cuanto a la evolución de la mortalidad por causas, es posible definir claramente tres grupos: las causas que han disminuido, las que han permanecido estables y las que se han incrementado.

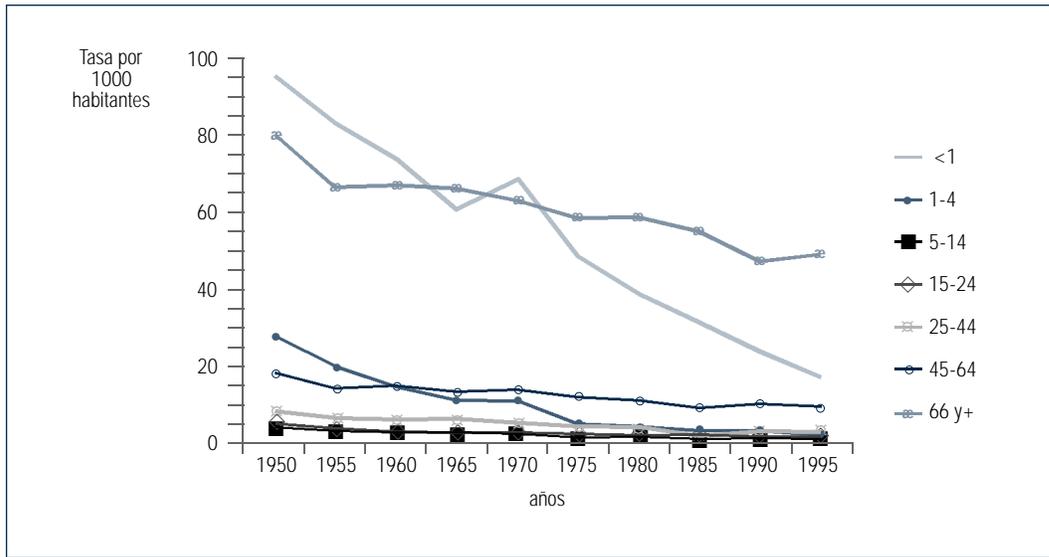


Figura 1 Evolución de la mortalidad por grupo de edad, México 1950-1995

Las más importantes reducciones han correspondido a las enfermedades infecciosas. Un ejemplo de lo anterior es la evolución de la mortalidad por diarreas, que en 1950 correspondía al 17.3% de todas las defunciones y disminuyó al 2.2% en 1995. Asimismo, se han eliminado

o abatido las muertes debidas a ciertas enfermedades prevenibles por vacunación, como la poliomielitis, el sarampión, la difteria, la tosferina y el tétanos.

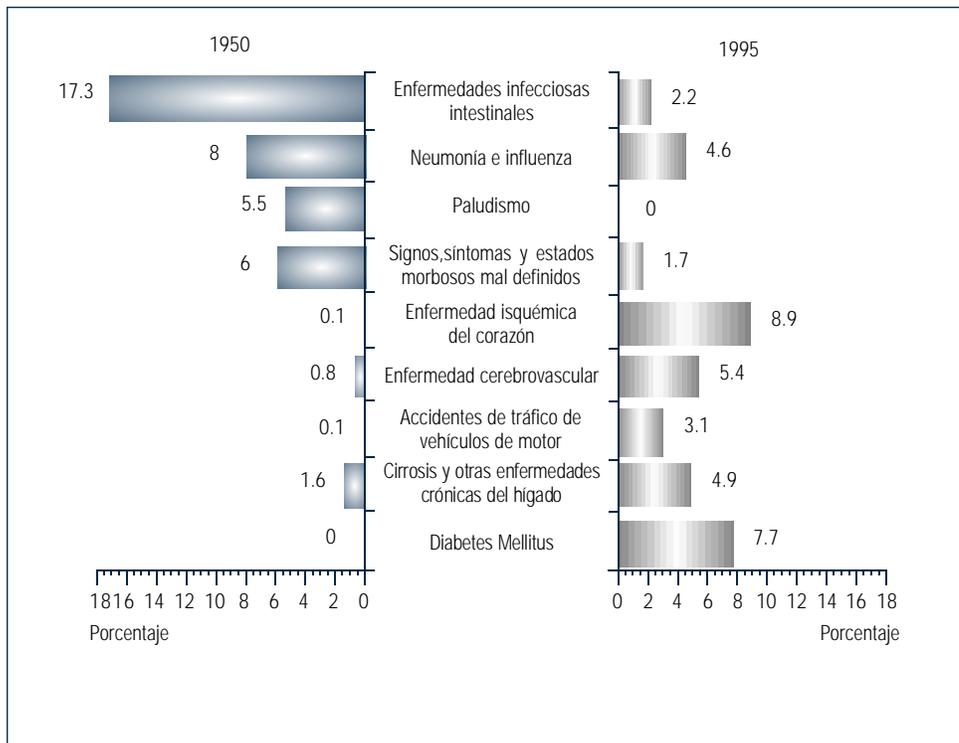


Figura 2 Comparación de las proporciones de muertes por causas seleccionadas en 1950 y 1995\*

En contraste, las enfermedades crónico-degenerativas se han incrementado y el panorama está ya claramente dominado por las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos, la diabetes, las lesiones accidentales o intencionales y la cirrosis hepática. Por ejemplo, a la enfermedad isquémica del corazón se le atribuyeron en 1950 el 0.1% de las muertes registradas, mientras que en 1995 el porcentaje fue de 8.9; es decir, que la mortalidad por esta causa aumentó casi 90 veces en los últimos 45 años.

Si tenemos en cuenta que no es posible que la mortalidad disminuya hasta un nivel de cero, surgen las siguientes preguntas: ¿hasta cuándo se va a detener la disminución de la mortalidad general?, y: ¿qué va a suceder después de que se detenga la caída actual? Es posible identificar al menos dos fuerzas que actúan en sentido opuesto, por una parte la tasa de mortalidad infantil se encuentra todavía en un nivel alto al compararla con otros países, por lo que aún puede responder a las mejorías sanitarias, nutricionales y de la atención médica; en cambio, la contribución de los grupos de edad avanzada a la mortalidad general ha crecido constantemente.

Resulta entonces que las muertes que ocurren entre los ancianos son ya el principal componente de la mortalidad general y casi se ha detenido el descenso de la tasa bruta de mortalidad. Es previsible que al seguir creciendo la proporción de ancianos, se habrá de producir un repunte de la tasa de mortalidad general.

El interés de esta observación no es puramente académico, ya que implica la necesidad de reconocer el papel que juegan los factores biológicos en la determinación de las condiciones de salud y deslindarlo de los efectos de otros factores de tipo ambiental, social y/o económico.

**Morbilidad.** A pesar de que en México las enfermedades infecciosas han declinado como causas de muerte, aún tienen una gran importancia en términos de la demanda de servicios de salud y la discapacidad que producen. Además, estos padecimientos siguen siendo inaceptablemente prevalentes entre los grupos de bajo nivel socioeconómico, tanto de las áreas urbanas como de las rurales.

Como ya se anotó, algunas de las enfermedades transmisibles ya desaparecieron y otras se han vuelto muy poco frecuentes, pero, en cambio, han emergido o resurgido otros males. Hasta ahora, el peor de todos los problemas emergentes es el SIDA, aunque la competencia por los recursos para la atención de la salud que emana de la resurgencia del cólera, el dengue, la tuberculosis y el paludismo ha sido de gran magnitud.

Si tomamos el caso de los tumores malignos, las evidencias disponibles nos muestran que, en general, estos padecimientos siguen teniendo un mal pronóstico. Afortunadamente, no todos los tumores malignos nos colocan ante una situación irremediable. El principal de los cánceres femeninos, que es el del cuello uterino, es una enfermedad

diagnosticable, curable y hasta potencialmente prevenible. Entonces, ¿por qué sigue siendo una importante causa de muerte? La respuesta a esta pregunta es compleja y sirve para ilustrar las características que debe tener la salud pública moderna.

Por años se ha confiado en el programa de detección oportuna para abatir la mortalidad por CaCU, pero hasta ahora ese programa ha fracasado. Su cobertura ha sido baja, mucho más en las áreas rurales que en las urbanas; la calidad de las laminillas y por ende de su interpretación al microscopio es francamente deficiente; la oportunidad para la entrega de los resultados de la prueba y la instauración del tratamiento dista mucho de ser satisfactoria; y, peor aún, después de varias décadas de vigencia del programa, existen amplios sectores de la población femenina que desconocen o rechazan la prueba diagnóstica por motivos de índole cultural.

En México no deberían ya registrarse muertes por aquella enfermedad. Nuestro verdadero problema ha sido la falta de capacidad para integrar el conocimiento sobre su causalidad e historia natural, con el que aportan las ciencias sociales, para traducirlo en medidas efectivas de carácter preventivo y curativo.

### 3. EL SANITARISMO Y LA ATENCIÓN MÉDICA EN MÉXICO

La configuración de las instituciones de salud siempre obedece a una compleja mezcla de factores históricos y sociales. En el caso particular de México, las actuales instituciones de atención médica tuvieron su origen en el proyecto de nación surgido de la Revolución

Mexicana, que se consolidó durante los años treinta y cuarenta. A tales instituciones se les confirió el carácter de públicas en correspondencia con la noción de Estado benefactor, que se responsabiliza directamente de la atención de los ciudadanos. Pero, ante las presiones políticas ejercidas por los estratos sociales que la misma revolución configuró y también en concordancia con las características del modelo de desarrollo que se adoptó, el Estado terminó creando una cantidad excesiva de organizaciones, con tal nivel de traslape en sus atribuciones que a través del tiempo se han generado conflictos y, sobre todo, grandes ineficiencias.

Apenas en los años más recientes se han puesto en evidencia las insuficiencias financieras y la falta de capacidad resolutive, que son inherentes a un modelo basado en la atención hospitalaria de especialidades, así como las contradicciones que emanan de la segmentación poblacional y de la persistencia de múltiples estándares de atención. En términos generales, esta situación limita la prestación de servicios preventivos y de atención primaria, al consumir una proporción excesiva de los recursos destinados al sector salud. Además, la complejidad organizacional y tecnológica de la atención hospitalaria es un freno para la regionalización y la descentralización de los servicios hacia

***...se han puesto en evidencia las insuficiencias financieras y la falta de capacidad resolutive, que son inherentes a un modelo basado en la atención hospitalaria de especialidades, así como las contradicciones que emanan de la segmentación poblacional y de la persistencia de múltiples estándares de atención***

os niveles estatal y municipal que constituyen, al menos en teoría, la base de nuestra organización geopolítica.

A pesar de los avances iniciales, la salud pública en México se escancó y luego se fue debilitando. Dos explicaciones a este fenómeno podrían ser: (1) la casi nula participación de las Universidades u otros centros de educación superior en el terreno de la salud pública, y (2) a perniciosa centralización cultural, política y económica del país.

## I. LOS RETOS ACTUALES EN MATERIA DE SALUD

Hace un par de décadas los trabajos de McKeown en el Reino Unido y de John McKinlay en los Estados Unidos demostraron que la introducción de las medidas terapéuticas aparentemente más efectivas no alteró el curso secular de las enfermedades que fueron diseñadas para enfrentar. Ante esto se ha vuelto cada vez más importante la necesidad de contar con pruebas reales de la efectividad de las intervenciones en salud, preferiblemente antes de que se difundan al interior del sistema de salud.

Sin lugar a dudas, las enfermedades crónico-degenerativas siguen siendo los grandes problemas de la actualidad, pero se han sumado las lesiones, los trastornos mentales y las nuevas enfermedades transmisibles. Es evidente que ni el viejo sanitarismo, ni la medicina especializada y la atención hospitalaria, podrán por su propia cuenta enfrentar y resolver los problemas del presente y del futuro. Los tiempos actuales exigen una síntesis y la refundación de una de las áreas básicas del quehacer social, el sector salud.

Para actuar con efectividad y eficiencia es indispensable considerar un conjunto de respuestas en términos de su viabilidad política, económica, las preferencias de los proveedores y las preferencias de los consumidores de servicios de salud.

Desde los años setenta, Archibald Cochrane en su clásico trabajo "Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services", reconoce que los recursos para la atención médica son siempre limitados y propone que tales recursos sean utilizados para proveer, en forma equitativa, aquellas formas de atención que hayan probado su efectividad en evaluaciones correctamente diseñadas.

A pesar de los progresos experimentados en el campo de la salud, el reto

principal de los servicios de salud es todavía el mismo señalado por Cochrane. Aunque algunos optimistas estiman que las prácticas médicas se basan cada vez más en sólidas evidencias, subsiste aún una práctica dominada por la autoridad profesional o el consenso de líderes profesionales, que con frecuencia pasa por alto la verdadera evidencia científica.

## 5. UNA REDEFINICIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

A través de la historia, al concepto de salud pública se le han dado significados diferentes y ambiguos. Es posible identificar por lo me-

nos cinco opciones que a menudo se sobrepone en tratar de definir a la salud pública. La primera equipara la noción de "pública" con el quehacer gubernamental; la segunda se enfoca en la participación de la comunidad (es decir, el público); la tercera propone que salud pública es igual a servicios no personales de salud; la cuarta agrega algunos servicios de salud personales de carácter preventivo; y, finalmente, la quinta se refiere a las respuestas gubernamentales y comunitarias, que son dirigidas específicamente al combate de ciertos "problemas de salud pública" especialmente amenazantes, de carácter extraordinario.

Estos conceptos están interrelacionados. Así, en algunos lugares el sector privado ha tomado la responsabilidad de proporcionar servicios terapéuticos, mientras que el sector público se encarga solamente de proporcionar servicios preventivos y no personales de salud. Este tipo de organización refuerza la noción de salud pública como un sistema paralelo a la medicina curativa.

Nuestra propuesta es adoptar un concepto amplio de salud pública que no se refiera a un sector de actividad o a un tipo de servicio, sino al quehacer de nivel poblacional. De esta manera se constituye un dominio ampliado de la salud que abarca al estudio de las condiciones de la salud, junto con el estudio de las respuestas a tales condiciones.

Desde nuestro punto de vista, esto es la esencia de la salud pública. Así, las condiciones de salud se refieren a los determinantes, la distribución y la frecuencia de los procesos de salud y

***El contraste entre la baja oferta de formación de recursos humanos y las necesidades es evidente. Ante estas circunstancias se requiere llevar a cabo una revisión a fondo de las estrategias educacionales en busca de la elaboración de un proyecto que permita desarrollar la salud pública a nivel nacional, facilitando la vinculación de la enseñanza y la práctica, así como la colaboración interinstitucional para evitar la duplicación y/o el dispendio de los recursos.***

enfermedad en la población. Todos estos son los objetivos de los estudios epidemiológicos, pero la salud pública también incluye a los servicios individuales y masivos tendientes a modificar las condiciones de salud. Por lo tanto, el estudio del sistema de salud es una parte integral de la salud pública.

La idea de un dominio ampliado de la salud pública no pretende excluir a la medicina o a las ciencias sociales para concentrar la responsabilidad y, llegado el caso, el mérito de cualquier progreso en materia de salud. Al contrario, se trata de integrar y hacer posible una práctica interdisciplinaria a partir de lo que hasta ahora ha sido un trabajo multidisciplinario poco ordenado e ineficiente.

## 7. EPÍLOGO

Las condiciones de la práctica y la enseñanza de la salud pública en México guardan mucha similitud con las de otros países de América Latina. El contraste entre la baja oferta de formación de recursos humanos y las necesidades es evidente. Ante estas circunstancias se requiere llevar a cabo una revisión a fondo de las estrategias educacionales en busca de la elaboración de un proyecto que permita desarrollar la salud pública a nivel nacional, facilitando la vinculación de la enseñanza y la práctica, así como la colaboración interinstitucional para evitar la duplicación y/o el despilfarro de los recursos.

La nueva salud pública, para lograr la confluencia multidisciplinaria, establecer un quehacer científico riguroso plenamente reconocido, consolidar una base de producción de profesionales con plena identificación y contribuir efectivamente al logro de mejoras en la salud poblacional, debe reponerse a la antigua condición de haber sido, simplemente, la práctica de un sanitarismo reduccionista o la mera administración de servicios y establecer, así, una nueva y sólida tradición como un área auténtica del quehacer académico.

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Birn-Mendels AE. ¿Salud pública o amenaza pública? La Fundación Rockefeller y la salud pública en México. Documento mimeografiado. 1993; 1920-1951.
- Bustamante ME. Observaciones sobre la mortalidad general en México, de 1922 a 1969. *Gac Med Méx*, 1972; 130: 43.
- Cassels A. Health sector reform: Key issues in less developed countries. *Journal of International Development*; 1995; 7:329-347.
- Cochrane AL. Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services. The Nuffield Provincial Hospitals Trust, London, 1972.
- Donrnbush A, and Edwards C. Reform, recovery and growth: Latin America and the middle east. Chicago: University of Chicago Press. 1995.
- Frenk J, Bobadilla JL, Sepúlveda J, López Cervantes M. Health transition in middle income countries. New challenges for health care. *Health Policy Planning* 1978; 429-39.
- Frenk J. The new public health. *Ann Rev Publ Health*. 1993; 14:469-90.
- Gunder Frank A. Development and underdevelopment in Latin America. Monthly Review Press, 1968.
- Hsiao W. "Marketization" - The illusory magic pill. *Health Economics*. 1994; 3: 351-357.
- Hsiao W. What we can learn from other countries. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 1992; 17: 613-636.
- Institute of Medicine. The Future of Public Health. National Academy Press, Washington, D.C. 1988.
- Knox EG, Acheson RM, Anderson DO, Bice TW y White KL (eds) Epidemiology in health care planning. Oxford University Press, Oxford, 1979.
- MacMahon B, Pugh TF. Epidemiology. Principles and methods. Little Brown and Co., Boston, 1970.
- Marmor T. Health care reform. USA, Yale University. 1994.
- Martínez Palomo A. Ciencia para el desarrollo. El Colegio Nacional, México, 1990.
- McKeown T. The role of medicine. Nuffield Provincial Hospitals Trust. London, 1976.
- McKinlay J. The promotion of health through planned sociopolitical change: challenges for research and policy. *Soc Sci Med* 1993; 36: 109-117.
- Olivera M, García C, Olivera E, Campuzano V. Sesenta años de salud pública en México. México, 1993.
- Omran AR. The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1971; 49: 509.
- Osuntokun BO. El cambio de los tipos de morbilidad en los países en desarrollo. *Foro Mundial de la Salud* 1985; 6: 355.
- Rosen, G. A History of public health. The Johns Hopkins University Press, 1993
- Sepúlveda J , López Cervantes M, Frenk J, Gómez de León J, Lezana M, Santos-Burgoa C. Aspectos básicos de la vigilancia en salud pública para los años noventa. *Salud Púb Méx* 1994; 36: 70-82.
- Sheps CG. (ed) Higher education for public health. A report of the Milbank Memorial Fund Commission, Prodist, New York, 1976.
- Soberón G, Frenk J y Sepúlveda J. The health care reform in México: before and after the 1985 earthquakes. *Am J Public Health* 1986; 76: 673.
- Stallones R. To advance epidemiology. *Annu Rev Publ Health* 1980; 1: 69-81.
- Structural adjustment too painful? Editorial. *Lancet*. 1994; 344: 1377-1378.
- Terris M. Epidemiology as a guide to health policy. *Annu Rev Publ Health*. 1980; 1: 323-344.
- Terris M. La revolución epidemiológica y la medicina social. Siglo XXI, México, 1980.
- Vandale S, López Cervantes M, Ruíz de Chávez M y Calva J. Análisis de la mortalidad general y las principales causas de defunción en México, 1950-1975: informe preliminar. *Sal Púb Méx*. 1983; 25: 187.
- Verduzco Solís C, López Cervantes M y Vandale S. Principales características epidemiológicas de la mortalidad por cáncer en México. *Sal Púb Méx*. 1986; 28: 543.
- World Health Organization. New challenges for public health. Report of an interregional meeting. WHO/HRH196.4, 1996.
- Zuckerman E. Adjustment programs and social welfare. World Bank discussion papers # 44, Washington, D. C.: The World Bank, 1990; 1-37.

## UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

### Master en Investigación, Gestión y Desarrollo Local

*Magister en Técnicas y Métodos Cuantitativos,  
Cualitativos y Participativos y en  
Programaciones Estratégicas e Integrales*

#### OBJETIVOS

El objetivo general del Magister es contribuir a la formación de especialistas en técnicas de investigación y gestión integral de entidades y programas de desarrollo local, consiguiendo una formación teórica y práctica. Con arreglo a la demanda social y profesional existente, son fines del Curso: ser un complemento necesario a la formación teórica que hoy día se imparte en la Universidad (facultades de Políticas y Sociología, Psicología, Economía, ...) y en los programas formativos de administración local (impartidos por el Ministerio de las Administraciones Públicas, las Comunidades Autónomas y los propios ayuntamientos), que adolecen, en unos casos, de la continuidad necesaria en cursos para posgraduados y, en otros, de suficiente amplitud e integración entre formación teórica y práctica. Para el personal técnico de asociaciones y ONGs, conseguir una formación global de lo local, contrastando diferentes modelos de investigación, participación y gestión.

En el presente Curso se plantean, por tanto, los siguientes temas interrelacionados:

- Técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación social, en su aplicación a la investigación y desarrollo local.
- Teorías y Metodologías de la Investigación Social y de la Investigación-Acción-Participativa (IAP).
- Experiencias prácticas de investigación social y desarrollo local integral.
- Introducción a las técnicas de programación social y de fomento de la participación en organizaciones.

#### PRÁCTICAS DE INVESTIGACIÓN

El Curso tiene un amplio contenido práctico. Cada alumno dedica al menos 200 horas al trabajo de investigación (aproximadamente ocho horas a la semana), en equipos de 6 a 8 alumnos dirigidos por un tutor. Las prácti-

# PROGRAMAS ACADÉMICOS Y DE BECAS EN ESPAÑA

cas consisten en realizar estudios de investigación en diversos municipios, acordados con cada ayuntamiento que contribuye a la realización del Curso. Cada investigación contempla tres fases y entregas:

1. Construcción participativa del Proyecto de Investigación (Autodiagnóstico local, recogida de datos secundarios, ...).
2. Realización del trabajo de campo (entrevistas, grupos de discusión, ...)

3. Elaboración de conclusiones y propuestas. Programación de actividades.

#### PROGRAMA

Se realizan cinco tipos de módulos temáticos que se repiten regularmente en cada trimestre:

- *Módulos*
  - A: *Troncales* (fundamentos, metodologías).
  - B: *Especiales* (gestión y desarrollo local).
  - C: *Seminarios de técnicas*
  - D: *Conferencias de expertos* (experiencias, buenas prácticas).
  - E: *Prácticas de investigación por equipos en municipios*.

#### TASAS

*Matrícula:* 210.000 pesetas para los alumnos no becados (pendiente aprobación por Consejo Social U.C.M.).

*Becas.* Hay tres tipos de becas:

- Hasta quince becas al 50% otorgadas directamente por el Curso. Excepcionalmente podrá ampliarse alguna de estas becas al 100%.
- Cinco becas al 100% del Fondo Social Europeo, que se solicitan a través de la Fundación General de la U.C.M. (en el mes de junio o julio-98).
- Becas del 50% otorgadas por la U.C.M., según expedientes académicos (solicitud: sept.).

#### ENTIDADES COLABORADORAS

- Decanato Facultad de CC.PP. y Sociología.
- Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología.
- Red CIMS.
- En la pasada edición del Magister los trabajos prácticos de investigación se han realizado en colaboración con los ayuntamientos madrileños de Coslada, Getafe, Torrejón de Ardoz y el Consorcio Sierra Oeste.

## INFORMACIÓN

Facultad de Ciencias Políticas  
y Sociología de la U.C.M.  
Campus de Somosaguas,  
28223 Pozuelo, Madrid.  
Dcho. 3201.  
Teléfono. 91.394 26 65  
Fax 91.394 26 46  
E-Mail: invpar@cps.ucm.es

## UNIVERSIDAD CARLOS III DE MADRID

## Master en Derechos Fundamentales

## OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE MASTER

El Master de Derechos Fundamentales de la Universidad Carlos III de Madrid tiene como principal objetivo difundir la teoría general de los derechos fundamentales y proporcionar instrumentos con los que abordar su aspecto práctico, contribuyendo así a la formación de especialistas en derechos fundamentales, capaces de responder, desde ellos, a las distintas situaciones en las que, en las sociedades actuales, se involucra la dignidad humana.

El Master está dirigido a licenciados de todo el mundo que dominen el castellano y que desempeñen o pretendan desempeñar actividades relacionadas con los derechos. En este sentido, para la formación de licenciados latinoamericanos, además de las ayudas generales para la matrícula que se concederán, el Banco de Santander colabora a través de la dotación de doce becas parciales que cubren la mitad del importe total de la matrícula del Master.

## DURACIÓN Y ORGANIZACIÓN

La duración del Master es de un año académico, comenzando las clases en Octubre y finalizando en Junio. La carga docente proyectada supone la celebración de 500 horas lectivas (50 créditos) a las que hay que añadir la existencia de varios intervalos temporales en los que llevar a cabo la realización de los exámenes. Las clases se impartirán en sesiones de tarde durante los cinco días de la semana. Los créditos se obtendrán mediante la superación de cinco exámenes, uno por cada módulo, en los que los alumnos tendrán que responder en cada uno de ellos a una serie de preguntas, entre un conjunto de cuestiones que los respon-

sables de las distintas asignaturas habrán propuesto con anterioridad al Director del Master.

Los profesores que hayan explicado las asignaturas a las que pertenezcan las preguntas elegidas serán los encargados de la corrección de las pruebas. Para aquellos alumnos que no hayan superado alguno o algunos de los módulos durante el curso, se celebrará un examen final en el que podrán responder a preguntas relativas a las partes no superadas. Es necesario, para la obtención del título, la superación de todos los módulos en que se divide el programa.

## PROGRAMA

El Master se compone de 50 créditos (500 horas lectivas), estructurados en cinco bloques de asignaturas. Los cinco bloques temáticos son:

- 1) Teoría general (110 horas: 11 créditos)
- 2) Sistema español de derechos fundamentales. Parte general. (100 horas: 10 créditos)
- 3) Sistema español de derechos fundamentales. Parte especial. (160 horas: 16 créditos)
- 4) Derecho Comparado de los derechos fundamentales (70 horas: 7 créditos)
- 5) Protección internacional de los derechos fundamentales. (60 horas: 6 créditos)

## MATRÍCULA

Constituye requisito imprescindible para la admisión como alumno ser Licenciado universitario.

Las solicitudes de admisión deberán ser enviadas a la Secretaría del Instituto antes del 15 de junio. Dichas solicitudes se ajustarán al modelo oficial que aquí se incluye y deberán ser acompañadas de los documentos que en dicho modelo se exigen.

La selección definitiva de alumnos y la resolución de las solicitudes de beca se llevarán a cabo a finales del mes de junio.

El costo de la matrícula se eleva a 600.000 pesetas, que podrán ser abonadas en dos plazos. Los alumnos admitidos que no disfruten de una beca parcial deberán llevar a cabo el pago del primer plazo antes de la finalización del mes de julio. El segundo plazo de matrícula será en enero. En la notificación de admisión se especificará la forma de hacer efectivo dichos pagos.

Con carácter excepcional podrán ser examinadas solicitudes que lleguen fuera de plazo.

## BECAS Y AYUDAS

Se concederán 10 becas generales que cubrirán la mitad del importe total de la matrícula del Master.

Igualmente se concederán 12 becas que cubrirán también la mitad del importe total de la matrícula, destinadas de forma específica a estudiantes latinoamericanos, gracias a la colaboración del Banco Santander

Las solicitudes de dichas becas deberán ajustarse al modelo de solicitud de admisión antes aludido, que puede solicitarse en la Secretaría del Master y se resolverán en el plazo antes señalado.

## INFORMACIÓN Y SOLICITUDES

Master en Derechos Fundamentales  
INSTITUTO DE DERECHOS HUMANOS  
"BARTOLOMÉ DE LAS CASAS"  
Universidad Carlos III de Madrid  
C/ Madrid, 126 -28903  
Getafe (Madrid) España  
Telf. (91) 6249834 - Fax (91) 6249517  
e-mail: idhbc@pa.uc3m.es,  
malnero@pa.uc3m.es  
Comentarios y sugerencias:  
idhbc@pa.uc3m.es

## Doctorado en Derechos Fundamentales

*Objetivos del Programa de Doctorado*

Tratar de la importancia de los derechos humanos resulta una necesaria y siempre procedente reiteración. Cuando hablamos de los derechos humanos, estamos simultáneamente haciendo referencia a un fenómeno, por una parte, paradigmático para el mundo civilizado actual, y por otra, de múltiples dimensiones en su manifestación. Suponen el más alto criterio de legitimación de los Estados. Figuran como el recto motor de la actuación política nacional e internacional. Aparecen como la síntesis entre eticidad, Derecho y política. Son, en definitiva, el crisol humanista de las ideologías vigentes.

Su estudio e investigación, suponen un continuo replanteamiento y evolución de su

concepto, significado y eficacia. Por otra parte, el activismo y la acción práctica en defensa de los derechos humanos, necesita una fortaleza intelectual que evite caer en la etórica o en la demagogia. No resulta por tanto, una labor ya terminada a la que se suenan reinterpretaciones, a modo de una escolástica ramplona y reiterativa, sino que aparecen como un movimiento intelectual vivo, dinámico, en desarrollo continuo, con una trascendental importancia social.

El Programa que ofrece el Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas de la Universidad Carlos III dirigido a la obtención del Título de Doctor en Derecho (Programa de Derechos Fundamentales), tiene por finalidad la consecución de los objetivos básicos que la L.R.U. plantea en el campo de los estudios del Tercer Ciclo:

- Disponer de un marco adecuado para la consecución y transmisión de los avances científicos.
- Formar a los nuevos investigadores y preparar equipos de investigación.
- Impulsar la formación del futuro profesorado.
- Perfeccionar el desarrollo profesional, científico, técnico y artístico de los Titulados superiores.

De la profundidad de sus contenidos y de la seriedad de sus planteamientos depende la formación de los nuevos investigadores.

Por ello, el Programa de Doctorado pretende formar a los estudiantes tomando como punto de partida la necesidad de promover la calidad de la enseñanza y potenciar la investigación, en el convencimiento de que la realización de la Tesis Doctoral constituye una de las etapas cruciales para el futuro de los investigadores y de la propia Universidad. En este sentido, la estructura del Programa de Doctorado, está dirigida a preparar para la investigación y la realización de la Tesis Doctoral.

#### ADMISIÓN AL PROGRAMA DE DOCTORADO

Las personas que estén interesadas en seguir las enseñanzas del Doctorado en Derecho-Programa de Derechos Fundamentales deberán reunir los siguientes requisitos:

- dominio oral y escrito de la lengua española.

## PROGRAMAS ACADÉMICOS Y DE BECAS EN ESPAÑA

### II

- estar en posesión de un título de licenciado superior expedido por una universidad española. Si la licenciatura se ha obtenido en una universidad extranjera, se deberá proceder a la convalidación del título. En el supuesto de que no se procediese a la convalidación citada, cabrá la posibilidad de incorporarse al doctorado mediante un permiso especial concedido por el Rector de la Universidad Carlos III de Madrid. En este último caso, el título de doctor no tendrá efectos oficiales en España.

Las solicitudes de admisión se formalizarán mediante la cumplimentación del impreso correspondiente que se encuentra disponible en la Secretaría de Tercer Ciclo de esta Universidad. Éste se acompañará de un curriculum vitae completo y de los certificados de estudios, documentos, acreditaciones, publicaciones, etc. que procedan. A la vista de los méritos acreditados en el curriculum vitae, el Instituto podrá preadmitir al alumno a los efectos de facilitarle las gestiones correspondientes para la obtención de becas y ayudas, sin que ello implique compromiso definitivo alguno por parte de dicho Centro. La admisión definitiva se efectuará tras una entrevista personal con el candidato a celebrar durante la tercera semana del mes de septiembre. El número de plazas totales está rigurosamente limitado.

#### HOMOLOGACIÓN

Los estudiantes españoles o extranjeros que estén en posesión del título de Licenciado o nivel académico equivalente, obtenido en una Universidad o Centro de Enseñanza Superior extranjero, y deseen cursar en España los estudios de Doctorado, podrán acceder a los mismos previa homologación de su título extranjero.

Podrán, no obstante, acceder a los estudios de Doctorado sin necesidad de que sus títulos extranjeros sean previamente homologados, de acuerdo con las siguientes previsiones:

1. La solicitud de acceso a los estudiantes deberá dirigirse al Rector de la Universidad correspondiente, quien, previa comprobación de que el título extranjero presentado por el interesado corresponde al nivel de Licenciado, Ingeniero o Arquitecto, resolverá con carácter previo sobre la posibilidad de acceso a los estudios correspondientes.
2. Para los estudiantes que no sean nacionales de Estados que tengan como lengua oficial el castellano, la Universidad establecerá las pruebas de idiomas que considere pertinentes.
3. En el supuesto a que se refiere el apartado 2, el acceso a los estudios de Doctorado no implicará, en ningún caso, la homologación del título extranjero de que esté en posesión el

interesado/a ni el reconocimiento del mismo a otros efectos que el de cursar los correspondientes estudios.

#### PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

Un Programa de Doctorado serio y riguroso únicamente puede obtener los resultados deseados si se parte de unos elementos mínimos: la calidad en la enseñanza y la posibilidad de que ésta pueda llegar en las condiciones más satisfactorias al alumnado.

Estas premisas nos abocan a ofrecer un número de plazas limitado a 20 en la consideración de que se trata del marco ideal para la impartición de un programa de Tercer Ciclo.

Dadas estas consideraciones la dirección del doctorado llevará a cabo un proceso de selección de todos los candidatos, resultando admitidos aquéllos que a su juicio ofrezcan suficientes garantías de aprovechamiento, habida cuenta de su curriculum vitae, intereses investigadores y capacidad personal.

En este sentido, se realizará una entrevista con los solicitantes en la segunda quincena de septiembre, para la que se les convocará por teléfono o carta.

En el supuesto de que quedaran plazas sin cubrir se abrirá un nuevo plazo de solicitudes a partir del mes de septiembre, a la que se daría la oportuna publicidad.

#### MATRÍCULA

Los estudiantes admitidos al Programa de Doctorado deberán formalizar la Matrícula del Primer Curso del Servicio de Tercer Ciclo de la Universidad. (Despacho: 11.20 ó 11.21, del Edificio Luis Vives).

El precio del Doctorado se corresponde por créditos; el Decreto correspondiente a las tasas universitarias se publica el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid sobre el mes de julio. Este año el precio de cada crédito es de 3.226 ptas. y cada año se incrementa entre un 2% y un 4%.

#### PROGRAMA DEL BIENIO 1999/2001

#### PERÍODO DOCENTE (30 CRÉDITOS).

- A) *Cursos generales* (18 créditos):  
*Asignatura:* Dimensiones básicas del

estudio de los derechos fundamentales. (3 créditos).

*Asignatura:* Concepto y fundamento de los Derechos fundamentales. (4 créditos).

*Asignatura:* Teoría jurídica de los Derechos fundamentales. (4 créditos).

*Asignatura:* Historia de los Derechos fundamentales. (7 créditos).

- B) Cursos metodológicos y de técnicas de investigación. (5 créditos).

*Asignatura:* Metodología y técnicas de investigación sobre los Derechos fundamentales. (5 créditos).

- C) Cursos de especialización (7 créditos).

- 1) Especialidad en Derecho constitucional de los derechos fundamentales.

*Asignatura:* Derecho comparado europeo de los Derechos fundamentales. (4 créditos).

*Asignatura:* Derecho comparado americano de los Derechos fundamentales. (3 créditos).

- 2) Especialidad en Derecho Internacional público de los derechos fundamentales. (7 créditos).

*Asignatura:* Régimen universal de los Derechos fundamentales. (3 créditos).

*Asignatura:* Sistemas regionales de protección de los Derechos fundamentales. (4 créditos).

- 3) Especialidad en Filosofía jurídica y política de los derechos fundamentales. (7 créditos).

*Asignatura:* Formas de Estado y Derechos fundamentales. (4 créditos).

*Asignatura:* Derechos fundamentales: Reglas, principios, garantías. (3 créditos).

#### PERÍODO DE INVESTIGACIÓN.

(20 CRÉDITOS).

- A) Dos trabajos de investigación tutelados por uno o dos profesores pertenecientes al área de conocimiento de la especialidad seguida por el alumno. (6 créditos)
- B) Un Trabajo de investigación en el marco de seminarios. (4 créditos).

#### MEMORIA DE TESIS DOCTORAL

La superación de la prueba reseñada en el apartado b.4) supondrá la obtención de la suficiencia investigadora y la posibilidad de presentar una memoria de tesis doctoral. Dicho trabajo consistirá en una investigación monográfica, bajo la dirección de uno o varios profesores, sobre un tema relacionado con los derechos fundamentales. Tras la obtención de los correspondientes informes favorables, deberá ser leída en acto público ante una comisión formada por cinco doctores. Su superación acredita la obtención del título oficial de Doctor por la Universidad Carlos III de Madrid.

#### Información sobre becas

#### BECAS ICI/MUTIS

La Universidad Carlos III de Madrid ha suscrito con la Agencia Española de Cooperación Internacional un convenio de colaboración por el que se convocan conjuntamente 25 becas anuales para licenciados iberoamericanos que quieran cursar estudios de postgrado.

#### BECAS ICI:

La convocatoria se publica cada año en torno a los meses de abril-mayo y los interesados pueden obtener más información y presentar sus solicitudes en las Oficinas Técnicas de Cooperación o en las Embajadas de España en cada país.

Las condiciones son las siguientes:

*Duración:* 9 meses (de octubre a junio sucesivo) renovables según la duración del Programa.

*Dotación:*

- 100.000 ptas. mensuales en la actualidad.
- 1 Exención de tasas
- 1 Importe del pasaje aéreo.
- 1 Seguro Médico

#### BECAS MUTIS:

También es una convocatoria anual de la AE-CI. Son becas para cursar estudios de doctorado, maestría y curso de especialización en las áreas que cada año la AE-CI define co-

no prioritarias para el desarrollo de los países participantes.

*Dotación:* Varía en función del país donde se realicen los estudios:

- 1 España 130.000 pts./mes
- 1 El mínimo es 100.000 ptas para Bolivia, Cuba, Ecuador y Honduras.
- 1 Seguro Médico
- 1 Exención de tasas de matrícula.

#### INFORMACIÓN Y SOLICITUDES

Tanto la solicitud de admisión en el Programa de Doctorado como cualquier petición de información al respecto, deben ser dirigidas a:

SERVICIO DEL TERCER CICLO  
DOCTORADO EN DERECHO: PROGRAMA DE DERECHOS FUNDAMENTALES  
UNIVERSIDAD CARLOS III DE MADRID  
CALLE MADRID 126/128  
28903 GETAFE (MADRID)  
Telef.: 34 91 624.98.34 - Fax: 34 91 624.95.17

#### THE MEXICAN CENTER AT THE INSTITUTE OF LATIN AMERICAN STUDIES

#### The University of Texas at Austin

*Becas de Viaje C.B. Smith*  
*Período 2000 – 2001*

El Centro Mexicano del Instituto de Estudios Latinoamericanos de la Universidad de Texas en Austin a través del fondo C.B. Smith y de otros fondos de donaciones privadas, ofrece un número limitado de becas de viaje a investigadores mexicanos y a doctorados pertenecientes a facultades de universidades mexicanas, o a centros de investigación avanzada y que tengan interés en utilizar los recursos bibliotecarios y académicos de la Universidad de Texas en Austin. En el caso de los investigadores con un rango avanzado dentro del cuerpo administrativo de museos de arte mexicano, el título profesional substituye al título de doctorado. La beca consiste en \$1,000.00 (mil dólares) para cubrir primordialmente gastos de transportación aérea, alojamiento y viáticos. El becario recibe esta suma una vez concluido el viaje de



investigación y mediante la presentación de recibos originales dentro de los siguientes 30 días hábiles posteriores a su visita. El propósito de este apoyo es: 1) brindar a los investigadores mexicanos la oportunidad de consultar las importantes colecciones de manuscritos, libros, pinturas, fotografías y diversos materiales relacionados con México y Latinoamérica que alberga esta universidad; 2) ofrecer la posibilidad de establecer relaciones bilaterales con investigadores en diversas disciplinas y campos de investigación dentro de esta universidad.

Entre las colecciones de materiales sobre México destacan: la biblioteca Latinoamericana Nettie Lee-Benson, la biblioteca de la Facultad de Derecho, la Colección de Arte

Latinoamericana del siglo xx en la Galería de Arte Archer Huntington, la Biblioteca de Bellas Artes para materiales en musicología y etnomusicología, la biblioteca y banco de datos del Centro de Estudios sobre Población, y la biblioteca Lyndon B. Johnson que cuenta con documentos oficiales de la administración del Presidente Johnson. Investigadores de México, Estados Unidos y otros países viajan con asiduidad a Austin atraídos por los valiosos documentos y materiales de los siglos xv al xx acumulados en los archivos y bibliotecas de la Universidad de Texas en Austin.

Los becarios C.B. Smith se comprometen a permanecer en Austin por un mínimo de ocho días (y un máximo de dos semanas) entre septiembre de 2000 y mayo de 2001, durante las semanas de clase y a ofrecer una conferencia sobre su área de investigación en una clase o seminario según sea requerido en su momento. Los ganadores de esta beca deberán esperar un mínimo de tres años antes de aplicar nuevamente.

Los interesados deberán enviar la siguiente documentación antes del 1o de abril de 2000:

- una carta conteniendo el área de investigación y el beneficio que el interesado espera al consultar los recursos bibliotecarios de la universidad de Texas en Austin (máximo tres cuartillas). Asimismo, es necesario indicar las bibliotecas o archivos que el interesado desea consultar y, de ser el caso, los nombres de los profesores con quienes desea entrevistarse.
- un curriculum vitae (máximo dos cuartillas), incluyendo una lista de publicaciones.
- una carta del jefe académico de la institución del interesado proponiendo su nominación.

Los resultados se darán a conocer a finales de mayo de 2000. Favor de enviar su solicitud a:

Beca de Viaje C.B. Smith  
The Mexican Center  
Institute of Latin American Studies  
University of Texas at Austin  
Sid. Richardson Hall 1.310  
Austin, TX 78712,  
USA. Fax (512) 475-6778

**HELMUTH CASTRO**

Dirección: Apartado Postal 3331, Tegucigalpa, M.D.C. Telefax: 773-2572 (casa), e-mail: helmuth@optinet.hn

**Un punto de cambio**

Dios proporciona a algunas personas con oportunidades únicas de crecimiento personal y profesional. Como médico hondureño, con una historia laboral clínica en el área rural, mi oportunidad de alcanzar el grado de Maestría General en Salud Pública de la Universidad de Carolina del Sur, en Columbia, S.C. en 1995 fue un punto importante de cambio. Tanto más, porque gracias al soporte de la Fundación Ford-McArthur, tuve el privilegio de traer conmigo a mi esposa e hijos y poder madurar tanto individualmente y como grupo familiar.

Desde mi salida de Honduras, supe que iba a regresar, pues considero que el beneficio de la educación superior debe ser compartido y debe usarse donde más se necesita. Después de mi regreso y hasta 1997 trabajé en la selección y capacitación de personal de salud, en las áreas de prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual/ VIH/SIDA, Nutrición y Mortalidad Perinatal, todos ellos importantes problemas en mi país. Gracias a estos entrenamientos (financiados por USAID), más de 100 personas fueron a su vez becadas y contribuyen ahora positivamente al mejoramiento de las condiciones de salud de Honduras.

Posteriormente contribuí en un proyecto centroamericano de Salud que busca poder garantizar la calidad de los servicios de salud de los pacientes del occidente hondureño, entre otros. Con esta experiencia se están alcanzando niveles de atención, que no solo cuantifican los servicios de salud, sino que miden la calidad de los mismos. En este trabajo tuve la oportunidad de desarrollar, junto con consultores europeos, varios estudios de investigación como encuestas de hogares, encuestas de atención de pacientes, y estudios cualitativos, una faceta muy interesante del trabajo.

Participé posteriormente en una organización de Desarrollo que tiene proyectos en la zona central del país, primero como coordinador de un proyecto de Supervivencia Infantil y

# NOTICIAS DE COLEGAS

luego como Director Regional de una oficina donde el trabajo tiene una perspectiva ecológica y donde la salud se logra dimensionar con sus diversas interacciones con agricultura, medio ambiente, sociedad civil, infraestructura, etc. La experiencia de trabajo multicultural y multidisciplinario fue notable.

Un nuevo punto de cambio y aprendizaje ocurrió en octubre de 1998. El huracán Mitch, el evento natural más devastador del siglo para Honduras, dejó detrás de sí, secuelas de destrucción y muerte. Las jornadas de trabajo crecieron y se pusieron a prueba la fortaleza, las habilidades y el conocimiento. Considero que mi intervención fue positiva al haber contribuido no solo en rescate de personas, sino también en brigadas médicas, trabajo en atención de casos de emergencias y prevención de epidemias, programas de reconstrucción de viviendas, sistemas de agua, fortalecimiento local de establecimientos de salud, de participación de la sociedad civil y estructuras comunitarias. Indudable que la dimensión de la tragedia, fortalece el espíritu de servicio.

Mi actual labor como consultor independiente, me permite relacionarme con diversos campos, personas y organizaciones apoyando en la creación de estructuras administrativas para servicios de salud, apoyo en la calidad de servicios y estudios epidemiológicos. Recien-

temente tuve la oportunidad de crear un manual de políticas y procedimientos administrativos; considero la producción de nuevo material como un paso siguiente en mi camino profesional.

Al inventariar los logros y las experiencias ganadas, siento un agradecimiento profundo para aquellos quienes han hecho realidad este avance personal, la madurez familiar y el trabajo productivo. Gracias Fundación Ford-McArthur y ánimo becarios y ex-becarios.

**ARTURO CERVANTES**

Médico Cirujano y Doctor en Salud Pública y Epidemiología por la Universidad de Harvard. Estudió medicina en la Universidad Anáhuac y cuenta con una Maestría en Salud Pública de la Universidad de Harvard.

Actualmente funge como Profesor Asociado en el Centro de Investigación y Docencias Económicas (CIDE) y es Socio Fundador y Director General de Asesores en Sistemas Integrales de Salud (ASISA), una empresa privada de consultoría en Salud Pública.

De 1993 a 1998 recibió entrenamiento en métodos cuantitativos de parte del consorcio Inter Universitario de Investigación Política y Social en la Universidad de Michigan, participo como Investigador Asociado del Programa de Desarrollo y Derechos de los Niños del Departamento de Psiquiatría y Neurobiología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard e Investigador en el Proyecto en Desarrollo Humano y Prevención de Violencia en los Barrios de Chicago.

En 1998 fundó y actualmente dirige el Centro de Estudios para Prevención de Violencia (CEPREV) que se dedica a investigar las necesidades y las estrategias para la prevención de violencia en México. El CEPREV está científicamente orientado y lleva a cabo un trabajo sistemático para entender el problema de la violencia y determinar los tipos de acciones necesarias para combatirla.

El CEPREV realiza investigaciones epidemiológicas en torno al fenómeno de la violencia para así poder identificar los factores de riesgo individuales y sociales que sean modificables. Los resultados se aplican para la planeación y el desarrollo de estrategias primarias, secundarias y terciarias de prevención.

**RENÉ LEYVA**

Durante el periodo 1996-1998, fui becario de la Fundación Ford-MacArthur-Hewlett para realizar mis estudios de doctorado en el Programa de Ciencias Sociales y Salud de la Universidad de Barcelona. Mis estudios estuvieron centrados en fortalecerme teórica, metodológica y técnicamente en el análisis de la relación entre salud y sociedad, con énfasis en estudio y evaluación de las políticas de salud. Previamente a mis estudios de doctorado cursé la Maestría de Medicina Social en la Universidad Autónoma Metropolitana ubicada en la Cd. de México, durante el periodo 1986-87. Trabajé mi tesis de grado sobre el tema de Descentralización Municipal de los Servicios de Salud en México la cual fue publicada por la Universidad de Guadalajara, México en 1991. Posteriormente, fui seleccionado (1991) para participar en la Especialidad en Salud Internacional en la Organización Panamericana de la Salud, en Washington, D.C. En la especialidad participé del análisis de la descentralización e integración de los programas verticales a los servicios descentralizados de salud en varios países de Centroamérica y México.

Al concluir mis estudios de doctorado me incorporé al Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública, ubicado en Cuernavaca, Morelos, donde venía desempeñando mis actividades de investigación y docencia en salud pública desde 1987 en el área de planeación y políticas de salud. Mi tema de tesis doctoral es sobre Consumo de medicamentos en farmacias privadas de México. En este trabajo se propone el análisis del consumo como una de las aproximaciones para el análisis de las diferentes formas de acceder a los productos sociales y simultáneamente como una forma de respuesta de la población a sus problemas de salud. En esta vertiente he publicado con otros colegas del Instituto Nacional de Salud Pública algunos artículos donde se presentan resultados que sobre consumo de medicamentos en áreas rurales de México<sup>(1)</sup>, sobre las características de la prescripción, el acceso y gasto en medicamentos en México<sup>(2)</sup> y sobre las formas de respuesta a la enfermedad según grupos socioeconómicos<sup>(3)</sup> y las características generales del consumo de medicamentos en las farmacias privadas de México<sup>(4)</sup>. Estos trabajos han contribuido a ge-

nerar evidencias sobre las desigualdades sociales y su impacto en la organización de la respuesta a las necesidades de salud.

El desarrollo futuro del análisis de política de medicamentos en México se orientarán hacia tres aspectos principales: escenarios para implementación de normas sobre comercialización y dispensación de medicamentos, perfiles regionales de consumo de medicamentos, con particular énfasis en las fronteras norte y sur de México, y los elementos relacionados con la capacitación de los dispensadores y consumidores de medicamentos en las farmacias privadas. Para cada una de las vertientes mencionadas se están formulando los proyectos respectivos para contar con información a corto plazo.

Como parte del análisis de las políticas de salud se ha iniciado un nuevo proyecto sobre Migración y SIDA en México, Centroamérica y Estados Unidos. Dicho proyecto se desarrollará en colaboración con los programas nacionales de SIDA de la región así como con la participación de ONG's que trabajen con migrantes o SIDA.

Para mayor información sobre los proyectos mencionados, resultados de investigación o las publicaciones pueden dirigirse a:

RENÉ LEYVA FLORES  
Av. Universidad 655  
62508, Cuernavaca, Morelos  
México  
E-mail: rleyva@insp.mx  
Fax: (52-73) 11 1156  
Tel. (52-73) 11 01 11 ext. 2664

**Referencias bibliográficas**

- (1) Leyva-F R, Erviti J, Ramsey J, Nuñez R, Gasman N. Essential drug use for febrile patients in a malaria endemic area of Mexico. *J Clin Epidemiology* 1997; 50(3): 329-335.
- (2) Leyva-F R, Erviti J, Kageyama LM, Arredondo A. Prescripción acceso y gasto en medicamentos por usuarios de servicios públicos y privados de salud. *Salud Pública de México* 1998; 40 (1): 24-31.
- (3) Leyva-F R, Kageyama LM, Erviti-E J. How people respond to illness in Mexico: Self-care or medical care? *Health Policy*, en evaluación.
- (4) Leyva-F R, Erviti-E J, Bronfman M, Gasman N. Consumo de medicamentos en farmacias privadas: los medicamentos inseguros. En: *Salud, cambio social y política: Perspectivas desde América Latina*. Bronfman M. y Castro R. Edamex, Eds. México, 1999. p:493-508.

**PAOLA PÉREZ ALEMÁN**

Paola Pérez-Alemán, ciudadana nicaragüense, realizó sus estudios de licenciatura en la Universidad de California, Berkeley, y recibió el doctorado del Massachusetts Institute of Technology, USA, en 1997. Se especializa en estudios de economía institucional y desarrollo económico. Es fundadora del Centro de Investigaciones Económicas y Políticas en Nicaragua. También es consultora del Banco Mundial. Actualmente, realiza un estudio sobre descentralización y desarrollo económico en las municipalidades rurales de Nicaragua.

Entre 1994 y 1996, fue Investigadora Asociada de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), en Santiago, Chile. Desarrolló una investigación en Chile sobre los procesos de innovación institucional en aglomeraciones y cadenas de producción empresariales y al nivel del estado, después de los cambios drásticos en el régimen macroeconómico. Entre 1986 y 1991 fue directora del departamento de investigaciones del Instituto de la Mujer en Nicaragua. Realizó varios estudios pioneros en Nicaragua sobre empleo y organización de las mujeres campesinas, y sobre el desarrollo de las capacidades productivas de micro y pequeñas empresas en sectores de alta ocupación femenina. Tiene varios libros y artículos publicados. Su publicación más reciente es: "Learning, Adjustment, and Economic Development: Transforming Firms, the State and Associations in Chile", en *World Development*, Vol. 28, No. 1, 2000.

**Institute of International Education**

Oficina para México y América Latina  
Londres 16, 2o. piso, Col. Juárez  
06600 México D.F., México

Tel. (525) 703-01-67;  
209-91-00 ext 3510  
Fax (525) 535-55-97

E-mail: iie@solar.sar.net