



# NOVEDADES DEL CLAP

Número 21, Septiembre 2002

ORGANIZACIÓN  
AMERICANA  
DE LA SALUD



ORGANIZACIÓN  
MUNDIAL  
DE LA SALUD



Estimado amigo del CLAP, te estamos enviando nuestras novedades. Espero que sean de utilidad. También estamos abiertos a recibir sugerencias y novedades que te parezcan interesantes para que sean divulgadas. En la *Sección de Artículos Científicos* te estamos enviando un artículo publicado en la revista *Clinical Investigation in Medicine* de abril de 2001 escrito por el Dr. David Sackett. El Dr. Sackett es uno de los originadores de la Medicina Basada en las Evidencias y actualmente se desempeña como Director de Centro Trout de Investigación y Educación, en Markdale, Ontario, Canadá. En este artículo, el Dr. Sackett nos habla acerca de cuáles son los determinantes del éxito académico en los clínicos. También, dentro de las Novedades, te enviamos la noticia acerca del nombramiento de la Dra. Mirta Roses como Directora de la Oficina Panamericana de la Salud y te

## EN ESTE NÚMERO:

### Sección Científica

- Acerca de los determinantes del éxito académico como científico clínico, por David Sackett

### Novedades de CLAP

- Reunión de los Centros Colaboradores: capacitación en Medicina Basada en las Evidencias, Metodología de la Investigación y Relevamiento Epidemiológico
- Nombramiento de la Dra. Mirta Roses, médica argentina como futura Directora de OPS
- Decisión de la Dra. Gro Bruntland, actual Directora de la OMS
- Aplicando las mejores evidencias en la práctica clínica

transcribimos el Discurso que ofreció cuando conoció su elección. También dentro de las Novedades estamos enviándote la decisión de la Dra. Gro Bruntland, actual Directora de la OMS de no presentarse para otro período. Dentro de las Novedades del CLAP, te informamos sobre la próxima reunión de capacitación de los Centros Colaboradores del CLAP que se desarrollará en las primeras dos semanas de octubre en la sede del Centro. También te estamos proponiendo una estrategia que puede ser de utilidad para comenzar a implementar las mejores evidencias. Nos gustaría que nos dieras tu opinión y si te parece adecuada. Por último te reiteramos que si tienes novedades acerca de actividades científicas

(publicaciones, eventos, cursos) realizadas en tu país y en tu lugar de trabajo nos las hagas llegar para incluirlas en nuestras novedades. De esta manera difundimos por medio de estas Novedades las actividades que se desarrollan en nuestra Región.

Hasta la próxima.

Personal del CLAP

## SECCIÓN CIENTÍFICA

### Acerca de los determinantes del éxito académico como científico clínico.

Sackett David L. On the determinants of academic success as a clinician-scientist. Clin. Invest. Med. 2001; 24(2): 94-100.

#### *(Resumen en español del artículo)*

#### **Introducción**

Creo que los determinantes del éxito académico como clínico-científico (definido en términos de investigador principal, autoría principal, promoción, ocupación, premios de la carrera, honores, poder y reputación) no son "académicos" (definido en cuanto a inteligencia, comprensión teórica, dominio de un cúmulo de conocimientos y aptitudes didácticas). Aunque algunos académicos fracasan porque están locos y otros porque carecen de mentes "preparadas" para generar preguntas importantes basadas en sus observaciones clínicas, el rango de su inteligencia está tan comprimido en la parte superior de la escala que aunque fuera un determinante importante, los intentos para correlacionar ello con el éxito están condenados. Además, la prevalencia del fracaso académico entre los que comprenden la teoría, conocen los hechos y pueden enseñar a sus colegas, acoplado a la frecuencia con que ellos quedan en el polvo académico por aquellos con suministros mucho más pequeños de estos atributos, es demasiado grande para mantener este argumento. Mientras puede ser que la capacidad de generar hipótesis nuevas, imaginativas, desempeñe una función en el éxito académico de los investigadores básicos (un campo que abandoné hace 35 años), esto se aplica rara vez al campo de la investigación basada en el paciente y a la práctica clínica <sup>(1)</sup> (donde las hipótesis son de común conocimiento y a menudo originadas con los pacientes). Finalmente, supongo que ningún lector postulará seriamente que ser una buena persona es un requisito previo para el éxito académico. ¿Cuáles, luego, son los determinantes del éxito académico? He llegado a la conclusión de que son 3: el mentor, la creación periódica de listas de prioridades y el manejo del tiempo. Antes de describirlos debo señalar que mis conclusiones se basan en su mayoría en las observaciones personales de los académicos jóvenes de los cuales he sido mentor y a quienes he enseñado las listas de prioridades y el manejo de tiempo, las observaciones de los individuos que recibieron y no recibieron tutoría o manejo del empleo del tiempo, o claramente fueron o no exitosos, y las experiencias personales de ser guiado por mentores sencillamente maravillosos y otros muy horribles. He aumentado estas observaciones personales con los resultados de una

búsqueda en PubMed utilizando los términos MeSH "mentores" ("mentors") de los que obtuve 510 citas y "manejo del tiempo" ("time management") de los que obtuve 901 citas. La información que encontré, <sup>(2-10)</sup> que incluye evidencia importante sobre las experiencias y las percepciones de las mujeres en la medicina, <sup>(11-12)</sup> apoya mi tesis. Finalmente, la mayoría de los clínico-científicos que yo he guiado y observado en los Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido han sido internistas basados en prácticas hospitalarias, y alentaría a mentores de otras disciplinas de la salud para identificar dónde las recomendaciones en este estudio se aplican o no a aquéllos que ellos guían.

### **Mentor**

Una tutoría eficaz es de 2 tipos, dependiendo en si el discípulo/a es un recién llegado o un académico ya establecido. Cuando la persona es un estudiante graduado o un nuevo miembro de la facultad, defino su tutoría como la provisión, por un académico exitoso y seguro, de los recursos (pero no obligaciones), oportunidades (pero no exigencias), asesoramiento (pero no órdenes) y protección.

Por los *recursos* quiero decir proporcionar un espacio para trabajar; un equipo que mejore la productividad; acceso gratuito a fotocopias, correo electrónico e Internet; apoyo secretarial ocasional; dinero para ir a cursos y reuniones; suplementos de sueldo si las becas no contemplan concesiones sencillas; y financiaciones-puente para investigación hasta que su primera subvención sea otorgada. En algunos departamentos, todos o la mayoría de estos recursos son proporcionados por el Director y en otros, por nadie. En cualquiera de los entornos, el mentor debe "hacer rodar y tratar" hasta obtener los recursos; los jóvenes discípulos deben ser liberados del gasto de tiempo y la humillación que le insuere rogar para obtener estos recursos.

Por *oportunidades* para el principiante quiero decir el examen sistemático de todo lo que pase por el escritorio del mentor por si fuera necesario contribuir al desarrollo científico y progreso académico del discípulo/a y aquí muestro algunos ejemplos. Desde un principio debe existir la oportunidad de llevar a cabo arbitraje duplicado, enmascarado (y, desde luego, confidencial) de manuscritos y subvenciones. La comparación de estas críticas no sólo agudiza las aptitudes de evaluación crítica de los colegas más jóvenes, sino también les permite ver el estilo de arbitraje de su mentor y los obliga a desarrollar uno propio. Cuando sea posible, deben acompañar a los mentores a las reuniones de ética tanto locales como centrales y a los comités que examinan las subvenciones para aprender de primera mano cómo funcionan estos grupos. Tan pronto como su competencia lo permita, se les debe solicitar escribir artículos de fondo, comentarios o ensayos en revistas prominentes y acreditadas, debe colaborar en la revisión de la evidencia y la literatura relevante, sintetizarla, agonizando borrador tras borrador sobre lo escrito y compartir su autoría. Tan pronto como sus contribuciones lo garanticen, los discípulos deben ser los primeros autores de tales artículos, con el objetivo máximo de convertirse en únicos autores. De igual manera, deben ofrecerles las perspectivas de hacerse cargo de las invitaciones de su mentor y aprender cómo dictar conferencias "impactantes y polémicas" (especialmente en puntos de reunión bonitos y por honorarios generosos). Su inclusión en los actos tanto sociales como académicos que comprenden la visita de colegas de otras

instituciones debe ser automática. Ir grupalmente a las reuniones científicas (especialmente reuniones anuales de grupos de investigación) no sólo les brinda las oportunidades para introducirse y oír a los "viejos investigadores" en su propio campo, sino también reunirse y debatir con otros recién llegados. Es más, la oportunidad de comparar impresiones e ideas todas juntas y mientras están frescas, en una atmósfera relajada y agradable, puede ser tanto una diversión como ser productivo para una futura investigación (sin embargo lea los peligros acerca de los costos de las oportunidades al final del artículo). Finalmente, aquellos libros gratuitos y suscripciones que no tienen ningún interés para el mentor pueden ser de valor alto para los discípulos y deben ser brindados a ellos. Es importante que estas oportunidades se ofrezcan sin coerción y se acepten sin resentimiento. Es crucial que los tutores nunca carguen con tareas odiosas de poco o ningún contenido académico porque al encontrarse con ellas se las asignan a sus discípulos.

Es útil incluir a los discípulos en un proyecto de investigación en curso para que puedan adquirir la experiencia práctica, aprendan cómo producir y funcionar como un miembro de un equipo colaborativo y desarrollar aptitudes en la conducción de una investigación. Sin embargo, pienso que es altamente perjudicial "dar" o asignarles un proyecto de investigación prediseñado como su mayor foco de aprendizaje (por ejemplo, tesis). Cuando esto sucede se le niega al discípulo la oportunidad (y reto) de empezar a investigar con el criterio más amplio posible, un problema de la biología humana o de atención en salud, de desarrollar las aptitudes analíticas y creativas necesarias para sintetizar este punto de vista en una pregunta de investigación lógica para ser contestada sobre el problema en cuestión y pulir la pregunta de tal manera que ésta pueda proveer una respuesta válida y útil.

Estas 3 aptitudes son centrales para el desarrollo de todos los investigadores independientes, y sin ellas todo lo que ellos puedan hacer por el resto de sus carreras es buscar una serie de clavos menos importantes para golpear con el mismo martillo viejo. Los mentores deben brindar las oportunidades de observar, modelar y tratar las estrategias y las tácticas didácticas tanto en situaciones de la práctica clínica como del aprendizaje teórico. Cuando los discípulos son invitados a unirse a un equipo clínico pueden estudiar cómo sus mentores emplean diferentes estrategias y tácticas didácticas en el quehacer diario durante las reuniones diarias de práctica clínica y durante los ateneos. Con el tiempo, los discípulos pueden aprovechar estas sesiones y recibir retroalimentación acerca de su desempeño. La misma secuencia puede aplicarse para enseñar los cursos y conducir los seminarios en los métodos de investigación.

Así como los colegas jóvenes avanzan hacia su independencia, sus oportunidades maduran e incorporan 2 áreas adicionales. La primera comprende las nominaciones a los comités científicos (por ejemplo, comités de revisores de subvenciones), grupos de estudio (por ejemplo, para el desarrollo de normas metodológicas), simposios (especialmente esos que dan lugar a publicaciones donde sean primer autor) y organizaciones científicas que aumentarán su experiencia académica, pertenencia a una red y reconocimiento. La segunda, consta en escribir cartas de apoyo para su promoción y nominarlos para los puestos académicos que lanzarán la próxima fase de su promoción académica y profesional.

Por *asesoramiento* quiero decir brindar a los discípulos frecuentes oportunidades, no apresuradas y seguras para pensar por sí mismos acerca de sus elecciones de cursos de post grado y las áreas de concentración, retos científicos y metodológicos en sus proyectos individuales, los pros y los contras de emprender un programa particular de investigación con un conjunto particular de colaboradores y su desarrollo como seres sociales (algunos mentores rehúsan tratar temas académicos en estas sesiones hasta no conocer algunos aspectos personales, salud de la familia, las relaciones, los fondos, y cosas por el estilo). Este asesoramiento debe adoptar la forma de "escucha activa," debe centrarse en el desarrollo de sus discípulos como pensadores independientes y debe evitar las órdenes y los pronunciamentos autoritarios.

Mientras existan desigualdades por razón de sexo para administrar los hogares y la educación de los niños, los mentores deben ser conocedores eficientes en el abordaje y asesoramiento de los problemas especiales que deben enfrentar las mujeres en las carreras académicas. Aunque en un estudio sólo el 20% de académicos femeninos declararon que fue importante tener un mentor del mismo sexo, <sup>(12)</sup> es imperativo que todas las mujeres que desarrollan carreras académicas tengan acceso fácil a manejar y recibir información, recibir asesoramiento empático acerca de algunos temas como es manejar el tiempo durante sus embarazos, licencias y actividades a tiempo parcial, compartir y delegar tareas domésticas, y cosas por el estilo. Cuando el mentor principal es un hombre, estas necesidades son a menudo mejor contempladas por un mentor adicional que trate estos temas de manera más específica.

Cuando se escucha a discípulos hablar de ofertas del trabajo, es importante para el mentor ayudarlos a reconocer la diferencia entre "querer ser querido" para un puesto académico prestigioso (estarían locos si no sintieran de esta manera) y "querer hacer" el trabajo interesado en ese puesto (que, reflexionando sobre ello, el individuo quizá reconozca como poco conveniente a sus intereses, prioridades, estadio de la carrera, competencias o temperamento).

Por *protección* quiero decir aislar al discípulo del azote académico innecesario y del mal comportamiento de otros académicos. Los colegas júnior deben acostumbrarse a que sus ideas sean sujetas a escrutinio y crítica porque la ciencia avanza a través del debate enérgico de las ideas, diseños, datos y conclusiones. Por lo tanto, por ejemplo, deben ser invitados para ensayar sus presentaciones delante de su mentor para que cada afirmación y presentación pueda desafiarse en un entorno relajado y de apoyo donde las mismas puedan ser revisadas y las respuestas ensayadas. El objetivo aquí sería que la crítica más dura acerca del trabajo apareciera por primera vez durante su ensayo, no después de su presentación final. De igual manera, las cartas críticas al editor que sigan a su primera publicación pueden reconocerse por lo que casi siempre son: un intento para mostrar y ganar a la retórica en lugar de promover la comprensión. Los mentores pueden ayudarlos a aprender a cómo protegerse a sí mismos generando respuestas que resuman sus conclusiones más importantes, que respondan las preguntas importantes (si las hubiera) y permanecer al margen de las difamaciones baratas que los detractores intentan hacer pasar como ingenio inocuo. Finalmente, las controversias entre los investigadores superiores a menudo se hacen sobre los cadáveres de sus

estudiantes de postgrado, y los mentores necesitan intervenir veloz y decisivamente cuando detectan tales ataques contra sus colegas júnior, especialmente aquellos ataques relacionados con la orientación de género, de raza o sexo. La intención de la represalia en forma rápida no tiene la finalidad de cambiar el punto de vista del agresor sino que puede ser útil para hacer notar que meterse con los investigadores jóvenes puede ser tan desagradable que él (o ella) nunca más traten de hacerlo nuevamente. Si no estuviera ya introducido, el clásico sobre "cómo nadar con tiburones" podría asociarse con lo antedicho. <sup>(13)</sup>

No creo que los académicos alguna vez superen su necesidad de ser mentores. Una vez convertidos en investigadores establecidos, ellos necesitan una confrontación acerca de si están convirtiéndose en "expertos" reconocidos y lamentándose de los malos hábitos que acompañan inevitablemente este estado. <sup>(14)</sup> Y, dado el gran número de posiciones de liderazgo y decanatos sumamente prestigiosos pero simplemente horribles que están desempeñados por académicos infructuosos, estas ofertas necesitan el desapasionado (aún cínico) ojo de un colega que puede ayudar a distinguir las oportunidades doradas de los orificios negros. Finalmente, los mentores pueden ayudar a los académicos superiores a que encuentren el coraje para aprovechar las oportunidades para efectuar cambios radicales pero útiles de sus carreras.

Por ejemplo, yo estoy eternamente en deuda con mi mentor Bill Spaulding, que me ayudó a encontrar el sentido y el coraje para repetir mi residencia de medicina interna poco antes de mi 50mo cumpleaños.

¿Cuáles son los pre-requisitos para ser un buen mentor para los recién llegados al campo? Pienso que hay 5. Primero, los mentores tienen que ser clínico-científicos competentes. Segundo, no sólo deben haber logrado su propio éxito académico sino también deben demostrarlo hacia sus colegas junior. O sea, los mentores deben sentirse lo bastante seguros que no solamente se sienten cómodos ocupando el asiento trasero de sus discípulos en asuntos de autoría y reconocimiento sino proseguir activamente en esta función secundaria; todo fracasa cuando los mentores compiten con sus discípulos para ser reconocidos. Tercero, los mentores no deben controlar directamente los nombramientos académicos o los sueldos básicos de los discípulos, ya que puede interferir con el intercambio libre y abierto de las ideas, las prioridades, las aspiraciones y las críticas. Cuarto, a los mentores debe gustarles su trabajo y estar dispuestos a dedicar el tiempo y la energía requerida para explorar y resolver tanto los retos científicos y personales habituales como extraordinarios que surgen cuando adoptan esta responsabilidad. Finalmente, los mentores deben buscar periódicamente retroalimentación para que puedan evaluar su propio desempeño, decidir si siguen siendo la mejor persona para guiar ese discípulo e identificar las maneras para mejorar sus aptitudes de mentor.

### **La lista periódica de prioridades**

Tan pronto como los colegas junior que son entrenados ganan un grado mínimo de control de sus actividades diarias y el destino (dígase, el día de su primera cita de facultad o al día siguiente de defender con éxito su tesis), se les debe recordar (al menos cada 6 meses y más a menudo si necesario) que es

tiempo para ellos de generar y presentar su lista periódica de prioridades a su mentor. Actualizar y discutir esta lista es central para alcanzar el éxito académico en todo el resto de la carrera de alguien. Para los académicos establecidos la persona que lleva a cabo esta función de mentor ya no necesita ser un colega superior; en efecto, el mentor más eficaz que estoy recibiendo en el crepúsculo de mi carrera viene de los colegas más jóvenes.

La lista de prioridades es trivialmente sencilla en el formato pero terriblemente difícil en la ejecución. Tiene 4 elementos:

**Lista 1:** Las cosas que estoy haciendo que deseo dejar.

Lista 1a: Las cosas que me han pedido que haga que no quiero hacer.

**Lista 2:** Las cosas que no estoy haciendo que deseo comenzar a hacer.

**Lista 3:** Las cosas que deseo seguir haciendo.

**Lista 4:** Cómo me propongo acortar la Lista 1 y alargar la Lista 2 durante los próximos 6 meses.

Observe que los temas de esta lista son acerca de hacer (cosas como investigación, práctica clínica, enseñanza, redacción, y cosas por el estilo) no tener (cosas como espacio, títulos, rango o ingresos). Observe, también, que no hay ninguna entrada especial para las "cosas que tengo que hacer" (deben analizarse hasta que puedan ser asignadas a la Lista 1 de cosas que deseo dejar o a la Lista 3 de cosas que deseo seguir haciendo).

Para generar las listas 1 y 3 pueden ayudarse revisando la agenda personal de las semanas o meses pasados y la Lista 1ª de los mensajes y las conversaciones recordadas con jefes o colegas quienes estaban intentando hacer de sus propios problemas los suyos. La lista 2 se deriva de múltiples fuentes: la próxima pregunta de investigación sugerida por la respuesta a la última; las ideas que aparecen en los encuentros con pacientes, mientras leen o durante conversaciones o viajes a las reuniones y a otros centros de investigación; aspiraciones arraigadas hace mucho tiempo que están ahora dentro del alcance; cambios en las metas personales o las relaciones personales, etc. Examinar la duración y el contenido de la Lista 3 permite un autodiagnóstico y una mirada introspectiva. (15)

Es necesario balancear las Listas 2 y 3 versus la Lista 1. El no dejar de hacer suficientes cosas viejas para liberar el tiempo y poder hacer nuevas cosas es una receta para el desastre tanto académico como personal. No sólo puede provocar un riesgo académico por tener poco tiempo pudiendo adquirir de esta manera la etiqueta de alguien que "no concluye sus tareas", sino que también los científicos clínicos experimentan una mayor insatisfacción con sus vidas tanto en lo profesional como la vida personal. El objetivo máximo aquí es construir las listas que, si se cumplen, conducirían a un conjunto de actividades clínicas, de investigación y de docencia que haría divertido el ir a trabajar. Todo lo dicho anteriormente conduce a la Lista 4, identificando las estrategias y las tácticas para lograr la próxima fase en la promoción profesional. Agrega enormemente a su reputación académica cuando esta lista promueve el cambio mediante la evolución en lugar de la revolución. Además, uno puede ganar aptitudes administrativas al clasificar qué tareas pueden ser delegadas a los asistentes, y con qué grado de supervisión.

Así como se dice que las familias con problemas se benefician en un 80% de la terapia familiar (reconociendo los problemas, preparándose para explorar y

adoptar soluciones, y cosas por el estilo) antes de que sienten con un terapeuta, la mayoría del beneficio derivado de la lista prioritaria periódica ocurre antes de presentarla y discutirla con su mentor. No obstante, las apreciaciones adicionales que surgen cuando se presentan a otra persona, y las sugerencias de estrategias adicionales para el cambio (por ejemplo, aprender cómo decir "no" agradablemente) surgen generalmente después de esta presentación. Como se dijo anteriormente, la capacidad para tratar los temas relacionados específicamente con el género balanceando prioridades con un mentor informado, y empático es esencial. Además el mayor período de dependencia académica para muchos aspirantes a clínico-científicos coincide con el período de mayor dependencia física y emocional de sus hijos y sus parejas. Las sugerencias que surgen de estas discusiones a menudo se centran en el uso eficaz y eficiente del tiempo, que nos conduce al tercer determinante del éxito académico: el manejo de tiempo.

### **El manejo de tiempo**

El elemento más importante de manejo de tiempo para el éxito académico reside en apartar y proteger despiadadamente el tiempo que es invertido en escribir para publicar. Me he encontrado varios académicos con éxito que lo único que controlaron de su agenda de actividades fue la protección del tiempo para escribir. Por otro lado, he conocido pocos académicos que tuvieron éxito sin proteger su tiempo de escritura, independientemente de cuán bien controlaron los otros elementos de sus agendas. Para algunos académicos proteger este tiempo de escritura ocurre fuera de horas de trabajo "normales", pero a menudo se paga con el precio de trabajo duro nocturno y de sacrificar el fin de semana con la familia, los amigos y la diversión. El prototipo de académicos con éxito apartan un día a la semana (excepto durante los períodos de responsabilidades clínicas intensivas) para esta actividad y avisan claramente que ese día ellos no están disponibles para charlas, llamadas telefónicas, comités, clases o reuniones departamentales.

Nunca he admirado las publicaciones de los académicos que me dijeron que escribir es fácil; aquéllos cuyo trabajo admiro me cuentan que para ellos es muy difícil escribir (aunque muchos de ellos lo encuentran enormemente agradable y gratificante). Dada la dificultad de escribir bien, no es extraño que tantos académicos encuentren otras cosas para hacer cuando deben estar escribiendo un artículo para publicar. El gran enemigo aquí es la demora, y se necesitan reglas rigurosas autoimpuestas para proteger este tiempo de escritura: no es para escribir pidiendo subvenciones, no para arbitrar los manuscritos de otros académicos (no están ellos ya antes que usted con su escritura? ), no para contestar el correo electrónico, no para buscar bibliografía, no para responder temas que no tienen emergencia y que pueden esperar hasta el final de día, no para hacer listas de lo que debe escribirse acerca de lo que se hará en el futuro, no solamente para esbozar un documento y no para tomar café con colegas. Desde el principio, puede ser necesario autoimponerse cuotas diarias de escritura que sea inteligible, y éstas deben fijarse en niveles realistas y realizables (para los principiantes puede ser tan poco como 300 palabras coherentes).

Es imperativo que no ocurra ninguna interrupción en los días de escritura. A menos se esté protegido por una secretaria despiadada y que ella sea respetada por los colegas charlatanes, esto puede lograrse mejor si se crea

una "habitación de escritura" lejos de la oficina; si esto está en otro sitio en el edificio o en la casa depende de las distracciones (incluidas obligaciones familiares) que hubiera en estos sitios (durante un tiempo yo sencillamente alquilaba una oficina con un colega que escribía el mismo día que yo). Escribir en otra habitación separada designada para ello no sólo permite la creación de pilas de borradores, referencias y otros temas que se incluyen en las publicaciones, también evita tener que responder el correo, los manuscritos no corregidos y las historias clínicas no realizadas. Es más, si no hay correo electrónico en la computadora de la habitación de escritura, se evita una importante causa de demora.

Los días lunes cuentan con tres ventajas como días de escritura. Primero, las cosas que "no pueden esperar" tienen mucho más probabilidad de surgir los viernes y pocas cosas que surgen durante el final de la semana no pueden esperar hasta la noche del lunes o martes. Segundo, un borrador que se baja a un buen comienzo el lunes a menudo puede ser completado durante breves espacios de tiempo libre durante los próximos 4 días y enviado para las observaciones para el final de la semana. Tercero, el conocimiento reconfortante de una noche de domingo cuando se sabe que el lunes estará dedicado a la escritura puede mejorar y mantener la salud mental, la función familiar y satisfacción de los aspirantes a académicos. Y, desde luego, la mayoría de los colegas que escriben durante el mismo día de semana, tienen menos conflictos para programar las reuniones durante los otros días de la semana.

El segundo elemento importante del manejo del tiempo requiere programar las actividades clínicas para que los académicos maximicen la atención de alta calidad y la enseñanza clínica de alta calidad mientras maximizan otros elementos de la carrera académica. Cuando el clínico se encuentra en servicio, la atención total está dedicada a las necesidades de los pacientes y los alumnos y no se gasta tiempo en la escritura, viajes, reuniones, o en enseñar temas no clínicos. Esta devoción total a las actividades clínicas a menudo permite aceptar un número de pacientes y de alumnos mayores que el usual. Cuando uno se encuentra fuera de servicio el tiempo y la atención están dedicados completamente a la investigación y al aprendizaje no clínico. Como tantos otros elementos de éxito académico, con el manejo del tiempo se estimula el desarrollo de un equipo de personas de mente similar comunicados para prestar atención clínica excelente.

Mis comentarios finales tratan acerca de gastar el tiempo en reuniones anuales científicas y clínicas. Estas reuniones son generalmente divertidas y relajadas, a menudo son educativas y a veces ofrecen las perspectivas de reunirse o al menos observar a los expertos. Pero los costos de asistir a estas reuniones se miden en menor tiempo utilizado para enseñar, para atender los pacientes y especialmente para escribir y conozco muchos clínicos científicos intelectualmente de éxito que rara vez o nunca asisten a las reuniones (lo que nos muestra que la asistencia a estas reuniones no son un requisito previo para lograr el éxito académico). Del mismo modo que con los otros elementos acerca del manejo de tiempo, se requiere autodisciplina, y puede ser útil adoptar ciertas reglas como las siguientes:

1. Nunca vaya a una reunión anual por primera vez a menos que usted haya presentado un resumen que se publicará en una revista (por lo tanto inaugurando su curriculum vitae).
2. Nunca vaya a esa reunión una segunda vez hasta que usted no haya realizado un artículo basado en dicho resumen que esté ya impreso o en prensa (por lo tanto efectuando una contribución principal a su curriculum vitae y reconocimiento académico).
3. Posteriormente, sólo vaya a esa reunión si tanto la Regla 2 se hubiera cumplido y el resumen anual hubiera sido seleccionado para presentación oral (o usted ha sido invitado dar la conferencia magistral).

## Referencias

1. Sackett DL. The fall of "clinical research" and the rise of "clinical-practice" research. Clin Invest Med 2000; 23(6):331-3.
2. Verrier ED. Getting started in academic cardiothoracic surgery. J Thorac Cardiovasc Surg 2000;119(Part 2):S1-10.
3. Morzinski JA, Diehr S, Bower DJ, Simpson DE. A descriptive, cross-sectional study of formal mentoring for faculty. Fam Med 1996;28:434-8.
4. Goldman L. Blueprint for a research career in general internal medicine. J Gen Intern Med 1991;6:341-4.
5. Rogers JC, Holloway RL, Miller SM. Academic mentoring and family medicine's research productivity. Fam Med 1990;22:186-90.
6. Applegate WB. Career development in academic medicine. Am J Med 1990;88:263-7.
7. Stange KC, Heckelman FP. Mentoring needs and family medicine faculty. Fam Med 1990;22:183-5.
8. Williams R, Blackburn RT. Mentoring and junior faculty productivity. J Nurs Educ 1988;27:204-9.
9. Eisenberg JM. Cultivating a new field: development of a research program in general internal medicine. J Gen Intern Med 1986;1(Suppl):S8-18.
10. Bland CJ, Schmitz CC. Characteristics of the successful researcher and implications for faculty development. J Med Educ 1986;61:22-31.
11. Palepu A, Friedman RH, Barnett RC, Carr PL, Ash AS, Szalacha L, et al. Junior faculty members' mentoring relationships and their professional development in U.S. medical schools. Acad Med 1998;73:318-23.
12. Levinson W, Kaufman K, Clark B, Tolle SW. Mentors and role models for women in academic medicine. West J Med 1991;154:423-6.
13. Johns RJ. How to swim with sharks: the advanced course. Trans Assoc Am Physicians 1975;88:44-54.
14. Sackett DL. The sins of expertness and a proposal for redemption. BMJ 2000;320:1283.

**Correspondencia (no reprints) a:** Dr. David L. Sackett, Director, Trout Research & Education Centre at Irish Lake, R.R. 1, Markdale ON N0C 1H0; sackett@bmts.com



## NOVEDADES DEL CLAP

Durante los días 30 de septiembre al 11 de octubre próximo se realizará en el CLAP la Reunión para Capacitación de los Centros Colaboradores. Cada Centro enviará tres representantes que recibirán un curso de Práctica Clínica basada en las Evidencias durante la primera semana y durante la segunda semana cada grupo, compuesto por un representante de cada Centro recibirá alguno de los siguientes cursos durante la segunda semana:

- Taller para la Confección de Guías Clínicas
- Curso sobre Vigilancia Epidemiológica
- Curso sobre Metodología de la Investigación

Los participantes al curso serán:

### PERU

Dr. Edgar Ramírez, Representación de la OPS/OMS en Perú

#### **Instituto Materno Perinatal de Lima, Lima, Perú**

Dr. Luis Meza Santibañez

Dra. Ylia Espinoza Vivas

Dr. Aníbal Oscanoa León

#### **Hospital Regional Cusco, Cusco, Perú**

Dr. Yuri Monteagudo Ruiz-Caro

Dr. Ludgardo Astorga Febres

Dra. Elizabeth Vilca Ballón

### BOLIVIA

#### **Hospital Nacional de la Caja de La Paz, La Paz, Bolivia**

Dr. Tomás Mamani T.

Dr. Raúl Arevalo

Dr. Roberto Böhr G.

#### **Hospital Jaime Sánchez Porcel, Sucre, Bolivia**

Lic. Marco A. Bedregal M.

Dr. S. Edwin Subirana M.

### ECUADOR

#### **Hospital Pablo Arturo Suárez, Quito, Ecuador**

Dr. Francisco Delgado,

Dr. Alberto López,

Dr. Eduardo Garzón

**Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca, Ecuador**

Dr. Oswaldo Cárdenas Herrera,  
Dr. Edmundo Jaramillo Donoso,  
Dr. Carlos Flores Durán,

**HONDURAS**

**Maternidad San Felipe, Tegucigalpa, Honduras**

Dr. Juan Carlos Funez:  
Dr. Cesar Banegas  
Dr. Roy Villafranca.  
Dr. José Ochoa Representación de la OPS/OMS en Honduras

**EL SALVADOR**

**Hospital Maternidad San Salvador, El Salvador**

Dr. Godofredo Avalos Peña  
Dr. Enrique Amaya Najarro

**Hospital Bloom**

Dr. Rafael Alberto Chacón Fuentes  
Dr. Luis Ernesto Martínez Romero

**NICARAGUA**

**Hospital Bertha Calderón, Managua, Nicaragua**

Dr. Francisco Bayardo Cordero Chong.  
Dr. Frank Xavier Bermudez Sanchez.  
Dr. Victor Manuel Mantilla Garcia.

**REPUBLICA DOMINICANA**

**CENISMI**

**Hospital de la Mujer, Santo Domingo**

Dr. Pedro María Romero Peña,  
Dra. Consuelo Mendoza,  
Dra. Teolinda Martilde Feliz M.

## NOVEDADES

### Una médica argentina fue elegida Directora de la Organización Panamericana de la Salud

**Washington, DC, 25 de setiembre de 2002 (OPS)**—La doctora Mirta Roses Periago fue elegida hoy Directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) por los próximos cinco años. Roses es la primera argentina y la primera mujer que estará al frente de la organización de salud pública más antigua del mundo. Tomará su cargo el primer día de febrero del 2003, cuando deje la dirección de la OPS el doctor George Alleyne.

La doctora Roses ofreció un discurso apenas conocida su elección, ante los ministros de los países y el personal de la Organización que la recibió con un prolongado y emotivo aplauso. En los cuatro idiomas de las Américas — español, francés, inglés, portugués—la doctora Roses dijo que "esencialmente mi visión tiene tres componentes: la unidad y la solidaridad de todos los pueblos del continente en pos de metas concretas, el liderazgo y responsabilidad de los gobiernos para convocar todas las fuerzas de la sociedad y una nueva propuesta de expresión de la equidad".

Agregó que "para lograr la salud para todos debemos enfocarnos en la salud de los más desfavorecidos. Proteger los éxitos y condiciones de salud más equitativos logrados por algunos países: Dominica y otros países del Caribe, Aruba, Costa Rica, Canadá, Cuba, Chile. Tenemos que dedicarnos a los más postergados para que ganen los mismos 6 años de expectativa de vida que ha ganado en promedio la Región. Si trabajamos entre todos para mejorar a esos que están más postergados, más marginados, ganaremos todos. Las mujeres campesinas pobres jefas de hogar, los pueblos originarios y las comunidades indígenas, los adultos mayores que viven solos sin protección social, los jóvenes sin educación y sin empleo, los discapacitados. Que nadie quede atrás".

La Dra. Mirta Roses conoce profundamente las necesidades de cada uno de los países de las Américas en materia de salud. Ha viajado durante mucho tiempo por cada rincón del continente, recorriendo pequeñas poblaciones, grandes ciudades, charlando con la gente en las comunidades, apoyando la tarea de ministerios en la lucha contra epidemias y enfermedades. En sus más de 30 años de carrera en epidemiología y salud pública, y durante sus 18 años en la OPS, ha estado al frente de programas científicos, de cooperación y superó con éxito el desafío de organizar equipos frente a las numerosas emergencias por desastres. Por todo esto recogió el enorme reconocimiento de sus pares, quienes hoy la ven como un referente para mejorar la calidad de la salud de la Región.

La esencia de su trabajo es reducir las brechas en la situación de salud y en el acceso a los servicios de salud, desde una dimensión local y regional. El trabajo mancomunado y coordinado de los países y sus instituciones será la prioridad de su tarea. Según explica, este es un momento crucial para aplicar el paradigma de promoción de la salud, para reconocer los beneficios de invertir en salud y para adoptar nuevos conceptos y modelos de protección social.

En este marco, la Dra. Roses busca reforzar el liderazgo de la OPS como foro de la salud de las Américas y colocar la neutralidad y el prestigio que caracterizan a la Organización al servicio de la construcción de consensos y de alianzas que fortalezcan la solidaridad continental y global. También abogará por el continuo mejoramiento de los sistemas de salud, renovando cada día la visión de "Salud para todos", es decir, que no haya barreras ni sociales, ni económicas, ni culturales para el acceso de las personas al cuidado de salud y al cuidado social.

Todas sus ideas y habilidades para mejorar la salud de la Región se basan en la experiencia en el campo de la salud pública y de la epidemiología, tanto a nivel nacional, en la Argentina, como en el resto de las Américas. La Dra. Roses tiene 56 años y es médica cirujana egresada de la Universidad Nacional de Córdoba, especializada en clínica y epidemiología de las enfermedades infecciosas, y diplomada en Salud Pública con especialización en epidemiología en la Universidad de Buenos Aires y en medicina tropical en la Universidad Federal de Bahía, Brasil.

Fue investigadora en el programa de control de fiebre hemorrágica y asesora en epidemiología del Programa Nacional de Lepra. Estuvo al frente de la Dirección Nacional de Institutos de Investigación. De 1981 a 1984 fue asistente de la Dirección de Emergencias Sanitarias del Ministerio de Salud de la Nación y asesora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el área de laboratorios de salud pública y epidemiología.

Ingresó al servicio internacional para dirigir la Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y fue consultora en epidemiología en la Oficina de la OPS/OMS en República Dominicana. Desde 1988 a 1992 fue Representante de OPS/OMS en República Dominicana y de 1992 a 1995 en Bolivia. Desde 1995 es subdirectora de la Organización e integrante del grupo de subdirectores de la OMS y del grupo de gerencia de programas globales, a los cuales ha presidido por dos períodos. Tiene la responsabilidad de orientar y supervisar los programas de cooperación técnica de la OPS con todos los Estados miembros, de fomentar esta cooperación y de apoyar y coordinar las acciones con los procesos e instituciones de integración regional.

También es punto focal de la OPS en la coordinación de la respuesta frente a los desastres que afectan a la Región. En su larga trayectoria en la Organización ha recibido numerosas distinciones, homenajes y condecoraciones. Se le confirió título de profesora Honoris Causa en varias universidades.

Orgullosa de ser miembro de la Organización activa de salud pública más antigua del mundo, la Dra. Rosen es una garantía del servicio de OPS a los países con ética y equidad, con miras a un futuro más saludable para las Américas.

Para mayor información, fotografías o peticiones visitar nuestra página Web, [www.paho.org](http://www.paho.org), Paula Andaló, Oficina de Información Pública, tel 202/974-3699, [andalopa@paho.org](mailto:andalopa@paho.org).

## **La Dra Brundtland anuncia que no se presentará para otro período como Directora de la OMS.**

*Traducción al Español del Mensaje de la Dra. Brundtland*

Queridos Colegas,

Por favor encuentren debajo el estamento de que estaré dejando la Dirección en corto tiempo.

En Enero de 2003, la 111ª Sesión del Comité Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) nombrará un candidato a Director General de la OMS, por el período de Julio 2003 a Julio 2008, para ser elegido en la Asamblea de Salud Mundial en Mayo de 2003.

He informado hoy al Coordinador del Comité Ejecutivo que no seré candidato para esta nominación.

Cuando yo tomé el cargo en Julio de 1998, manifesté mi visión para la OMS y qué veía como prioridades para llevar a cabo. Puse énfasis en mi ambición por ayudar firmemente en la salud en la agenda de desarrollo internacional. Puse énfasis en la prioridad de mejorar la salud de la gente más pobre. Marqué la necesidad de la OMS de llegar y movilizar compañeros a implementar acciones basadas en evidencia sólida. Señalé como haría frente al proceso de cambio y reforma de la Organización.

Apoyada por nuestros Estados Miembros, siento que hemos realizado un progreso significativo y sustancial hacia estos objetivos. Durante mi gestión como Director-General he tenido una perspectiva para nuestras políticas y trabajo que va más allá de los límites de cualquier gestión. He sido estimulada y ayudada por la dedicación excelente y esfuerzos de los miembros de la OMS en Ginebra y de todas nuestras oficinas en el mundo. Quiero expresar mi agradecimiento a todos ellos.

La OMS está sólidamente empeñada en cumplir con las múltiples demandas que están depositadas en ella. El rol crítico de la salud en el desarrollo ha ganado mucha aceptación. El mundo ha prestado atención a sus prioridades.

Mi decisión en finalizar mi trabajo como Director-General al término de mi período actual refleja el hecho de que he liderado posiciones en áreas políticas y públicas por cerca de 30 años, y tendré 69 años al final de un segundo período. Llevaré hacia delante nuestro trabajo todos los días hasta Julio de 2003, y continuaré realizando todo lo que pueda para sostener la Organización y su noble causa en el futuro.

Con los mejores deseos,

Gro Harlem Brundtland

## APLICANDO LAS MEJORES EVIDENCIAS EN NUESTRA PRÁCTICA

### Lograr que toda mujer durante el trabajo de parto (labor) y parto tenga un acompañante en forma continua.

En reiteradas comunicaciones y publicaciones del CLAP has recibido el mensaje sobre la necesidad de incorporar las mejores evidencias científicas en la práctica clínica diaria y en nuestros lugares de atención. Investigaciones serias y de buen diseño nos muestran intervenciones con probada eficacia que no se implementan y en ocasiones nos muestran que intervenciones que usamos en nuestra atención no tiene la eficacia que originó su uso. Con un espíritu de trabajar en forma conjunta con todos aquéllos involucrados en la atención perinatal en nuestra región hemos pensado en un foro donde nos ayudemos a incorporar prácticas de probada eficacia. Comenzaremos con poder implementar que **la mujer en trabajo de parto tenga un acompañante en forma continua** en todos los hospitales de Latinoamérica y el Caribe. Anexamos más abajo la evidencia científica que justifica esta implementación. Cada lugar de trabajo decidirá de acuerdo a su realidad cómo implementa esta conducta. Los estudios muestran que el acompañante puede ser un familiar u otra persona. En ocasiones esta otra persona fueron voluntarias asignadas por el hospital. La propuesta es ir compartiendo entre todos las experiencias de cada lugar para de esa manera contribuir con ideas que puedan servir a otros lugares que se encuentren en situaciones similares.

#### **Actividades.**

Cada Hospital que acepte esta iniciativa comenzará las acciones para introducir un acompañante a todas las mujeres en trabajo de parto. Llevará una planilla a ser completada mensualmente donde figurarán el número de partos de ese mes y el número de mujeres que recibieron acompañamiento en forma continua durante el trabajo de parto en dicho mes. Se considerará **acompañamiento** el realizado por una persona especialmente asignada para ello y que permanezca **todo** el período de parto con la mujer y que no sea apartada en ningún momento (ejemplo, al realizar maniobras). El número de mujeres acompañadas debe ser registrado diariamente, en toda mujer que tiene un parto o cesárea intraparto. Para ello cada Hospital ideará el método para registrarlo: anotación en el libro de partos, en el SIP, en el registro de enfermería, etc.

El Hospital decidirá si nombran una o más personas responsables de esta actividad. Los responsables harán notas sobre el proceso seguido para implementar esta conducta con observaciones sobre éxitos y fracasos. Las estadísticas y las notas serán enviadas al CLAP para que podamos hacer un

análisis de las mismas y con ellas hacer un reporte que será enviado por estas "Novedades" para beneficio de todos los demás hospitales. Para estos reportes los Hospitales dirán si en la difusión de sus experiencias desean o no la confidencialidad sobre el nombre de su Hospital.

## **Evidencia**

Uno de los factores importantes como causa de disconfort de la mujer durante el parto es el entorno hospitalario, con la separación de su familia y el estar controlada por personal extraño. Esto se modifica cuando la mujer está acompañada por amigos, familiares o personas especialmente entrenadas para dar apoyo emocional . (Keirse y col, 1989; Chalmers , 1989).

El estar acompañada durante el trabajo de parto es una instancia apoyada en el sentido común y es un derecho de la mujer; a pesar de esto, es negada sistemáticamente en muchos hospitales de Latinoamérica aduciendo que son reglas para mejorar el funcionamiento. Sin embargo sería interesante saber si existe evidencia de que estas reglas contribuyen a un parto más placentero para la madre y su hijo.

La mejor evidencia se encuentra en la revisión sistemática realizada por Hodnett cuyo objetivo fue evaluar los efectos de la prestación de apoyo continuo durante el trabajo de parto (por parte de proveedores de la salud o individuos sin entrenamiento profesional) en la madre y el bebé.

Se incluyen en la revisión 14 investigaciones clínicas aleatorizadas en las que participaron más de 5000 mujeres. La presencia continua de una persona que ofreció apoyo redujo la probabilidad de administrar medicamentos para aliviar el dolor, el parto vaginal operatorio, la cesárea, y la calificación Apgar < 7 a los 5 minutos. El apoyo continuo se asoció también con una ligera reducción en la duración del parto. Seis estudios evaluaron los efectos de dicho apoyo en la percepción de la madre respecto a cómo experimentó el nacimiento de su bebé; los resultados favorecieron al grupo que había recibido apoyo continuo.

Las conclusiones del revisor son que el apoyo continuo de los proveedores (enfermeras, parteras o personas sin estudio profesionales) durante el trabajo de parto es beneficioso para la madre y para su bebé y no produce efectos dañinos.

**Hodnett ED. Apoyo de prestadores de la salud a la mujer durante el parto. Biblioteca de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud, volumen número 4, 2001.**

***Si quieres el texto completo de la revisión debes solicitarlo a: Mercedes Colomar, colomarm@clap.ops-oms.org***