

EDUACION MEDICA EN LA DECADA DE 1990: EL OPTIMISMO NO BASTA

*Jairmilson Silva Paim*¹

INTRODUCCION

Una visión retrospectiva sobre la educación médica en el Brasil, Silva señala que, después de un período de transición, el énfasis en “la problemática didáctico-pedagógica se traslada al de la racionalidad del planeamiento y, consecuentemente, preocupación en la formación de recursos humanos, integración docente-asistencial, funcionamiento del hospital universitario con su integración a la red de servicios, y en el establecimiento de un vínculo eficaz entre estos y la escuela de medicina”. Y se pregunta, “¿Por qué se malogran los esfuerzos de reforma y reconstrucción de una institución considerada capaz de responder a las exigencias de la intensa transformación social de estos últimos años?”.

Las investigaciones y reflexiones efectuadas en relación con la formación médica revelan, según Oliveira, dos enfoques opuestos: el que sigue una tradición fundamentalista del análisis, proponiendo un recurso humano inadecuado, disfuncional a los servicios de salud, y otro que toma en cuenta “los determinantes políticos y económicos de la organización social”, reconociendo la adecuación del médico al modelo determinante de organización de los servicios. Es sobre este enfoque de la educación médica que se han producido documentos y estudios en el Brasil a lo largo de los últimos 30 años. El presente artículo se propone discutir las perspectivas de la educación médica en el Brasil en la década de 1990, considerando ciertas influencias doctrinarias, la organización de los servicios de salud, y sus relaciones con el proceso de capitalización de la salud y con el mercado de trabajo médico, así como la confrontación de proyectos políticos en el ámbito del sector.

¹ Médico, Profesor del Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina, Universidad Federal de Bahía.

EDUCACION MEDICA EN EL BRASIL: LA RETORICA DEL CAMBIO

El Ministerio de Educación (MEC) ha patrocinado una serie de documentos doctrinarios definiendo principios y directrices para la enseñanza médica en el Brasil. Desde 1971, en que se instaló la Comisión de Enseñanza Médica (Comissão de Ensino Médico, MEC) se viene señalando la necesidad de ampliar los espacios de práctica de los hospitales hacia "los diferentes órganos del sistema de salud" y a la comunidad, además de recalcar las relaciones de los aspectos preventivos, administrativos y sociales de la práctica médica.

La Asociación Brasileña de Educación Médica (Associação Brasileira de Educação Médica, ABEM), como núcleo difusor de ideologías de reforma de la enseñanza médica, ha jugado un papel prominente en la discusión de problemas, a través de reuniones, asesorías y publicaciones, procurando anticiparse a las exigencias de la realidad. Algunas iniciativas de las entidades médicas han evidenciado también una preocupación por la educación. Recientemente, la Asociación Médica Brasileña (ABEM) promovió el Foro Nacional de Enseñanza Médica y, posteriormente, hizo oficial su posición. Propuestas semejantes propiciaron las discusiones de la 8ª Conferencia Nacional de Salud (8ª CNS) así como la de Recursos Humanos, siendo retomadas en un documento reciente del Ministerio de Salud.

No basta, sin embargo, identificar lo que hay que cambiar, ya sea en el campo de la práctica, en los medios y las relaciones de enseñanza o en el orden institucional de la escuela de medicina; lo que importa llevar adelante, en cada escuela, en cada asociación médica, en cada servicio o entidad, es *cómo* cambiar. Esto es, cuándo, con quién, y de qué forma cambiar, a partir de análisis concretos de situaciones concretas. La movilización del cuerpo docente, la articulación con interesados de cada departamento, colegiados, entidades, etc., así como la formación de alianzas entre los innovadores de la enseñanza y de los servicios de salud y los movimientos sociales, se constituyen en caminos que deben ser explorados, ya sea dentro de un proceso de evaluación prospectiva, o en la perspectiva de un planeamiento estratégico.

Para la enseñanza médica en el Brasil, en 1980 se contaba con 76 facultades, de las cuales 41 eran públicas; 74% de estas unidades, estaban concentradas en las regiones sur y suroeste del país. Actualmente, 1990 se inicia con 80 facultades. Si las escuelas privadas encuentran dificultades en mejorar la enseñanza, debido a los costos crecientes del proceso de producción de médicos, las facultades pertenecientes a las universidades públicas, a su vez, sufren un íntimo proceso de deterioro y anquilosamiento. Las escuelas de medicina, a despecho de lo que señala la crisis de la for-

mación médica, se mantienen a salvo de cambios, aparentemente ignorando sus responsabilidades institucionales.

La Constitución de la República Federal del Brasil establece, a partir de 1988, que: "la salud es un derecho de todos y deber del Estado, garantizado mediante políticas sociales y económicas que conlleven a la reducción del riesgo de enfermedades y de otros daños y al acceso universal e igualitario a las acciones y servicios, en relación a su promoción, protección, y recuperación" (Art. 196). Define que: "las acciones y los servicios públicos de salud integran una red regionalizada y jerarquizada y constituyen un sistema único" (Art. 198), el cual tiene, entre otras atribuciones, "ordenar la formación de recursos humanos en el área de salud" (Art. 200, inciso III). Actualmente, en su artículo 207 reconoce que, "las universidades gozan de autonomía didáctico-científica, administrativa, de gestión financiera y patrimonial y observarán el principio de indisolubilidad entre enseñanza, investigación y extensión". A pesar del avance considerable de estas disposiciones constitucionales, hay muchos obstáculos que deben ser superados, para concretizarlos en la década del noventa. Este es el caso del aparente conflicto entre los artículos 207 y 200 que exige una paciente negociación entre los sectores de educación y salud.

ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Mendes, tomando como eje el trabajo médico, distingue tres modelos de prestación de servicios de salud en el Brasil: el aislado, el cooperativo o asociado y el empresarial. "El productor aislado" incluiría la clínica privada e individual, en los marcos de la medicina liberal, pero también las formas de la "estrategia de sobrevivencia", como son los convenios con empresas y las acreditaciones por el Instituto de Asistencia Médica y de la Seguridad Social, INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e da Previdência Social). En el caso del "productor cooperativo o asociado" se tiene la cooperativa médica, que funciona, generalmente, bajo formas de prepago, y, también de grupos médicos, organizados en pequeña empresa, que utilizan equipos e instalaciones comunes y venden sus servicios a individuos aislados, al INAMPS y a empresas. En las formas aisladas, asociadas y de cooperativas no hay asalariamiento médico y, las dos últimas, constituyen modos de resistencia, de la práctica liberal, a las tendencias de la producción de servicios, de salud. Al tercer modelo corresponde una producción empresarial, que separa al emprendedor del productor, con el consecuente asalariamiento, sea en las instituciones públicas, privadas o filantrópicas.

En el inicio de la década de 1980, el plan CONASP trató de enfrentar algunas de las distorsiones de estos modelos, sobre todo mediante acciones que racionaran los gastos y racionalizaran el uso de recursos, en

un período recesivo con crisis fiscal del Estado e inestabilidad financiera de la Seguridad Social.

La superación del régimen totalitario en 1985 y el redimensionamiento de las políticas del INAMPS, a través de la expansión de las Acciones Integrales de Salud (AIS) y de la implementación de los Sistemas Unificados y Descentralizados de Salud (SUDS), no resultaron, en realidad, en el fortalecimiento del sector público. Sin embargo, la distribución porcentual del gasto de la asistencia médica del INAMPS se había desplazado del sector privado contratado hacia el público (en 1987 el sector privado contratado representaba solamente, el 40, 5% de los gastos del INAMPS). El proceso de capitalización de la salud mantiene su curso, diversificando modalidades asistenciales, sobre todo para sectores del mercado que no estando atendidos satisfactoriamente por los establecimientos públicos se ven obligados a comprar servicios, a través de formas de pre-pago (seguro de salud, medicina de grupo, cooperativa médica, etc.). Un estudio reciente del Banco Mundial, confirma tal tendencia, al observar que, en adición a las "viejas" formas de actividad privada del sector, hay "more complex forms of privately financed health care which has become very important in Brazil in the 1980s" ("formas más complejas de privatización financiera de la atención a la salud que se han vuelto muy importantes en el Brasil en los años 80"). Estima que 20 millones de personas están vinculadas a este sector privado "moderno", conocido como "Sector de organización del mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization Sector, HMOs) que llegaron a cubrir, en 1989, aproximadamente el 25% de la prestación de servicios. Noticias recientes revelan que los planes privados de salud cuentan ya con 31,14 millones de asegurados, cubriendo trabajadores manuales (47%), personal de escritorio (42%), cargos de dirección (8%) y sin actividad económica (3%).

A pesar de todo el debate alrededor de la salud para todos en el año 2000, y de la reforma sanitaria, no hay claras evidencias de contener este tipo de modalidades asistenciales. Al contrario, los retrocesos ocurridos en las políticas públicas, a partir de 1988, y especialmente los avances obtenidos por el capital en el sector salud, que se distancian de los propósitos de la VIII Conferencia Nacional de Salud, parecen reforzar la expansión de esta modalidad de atención.

LA FUERZA DE TRABAJO MEDICO Y SU MERCADO

Proyecciones sobre la producción de médicos, con base en la evaluación observada entre 1970 y 1984, permiten estimar una reducción del número de graduados a 7 074 en 1990 y 6 082 en el año 2000. Se estima que en el año 2000 habrán 171 421 médicos contra 155 629 necesarios, alcanzando una relación de 1,10. La reducción del número de graduados

a partir de la década del 80, observada también en otros países de las Américas, hace suponer que la presión sobre el mercado de trabajo se atenuará a lo largo de la década de 1990.

De allí la importancia de las investigaciones sobre la fuerza de trabajo médico y su inserción en el mercado. La investigación realizada por Donnangelo en el inicio de la década de 1979, en el Gran São Paulo, mostraba ya un claro proceso de asalariumiento del médico, con bajo porcentaje (8,4%) de formas "autónomas típicas" o sea, actividad liberal. La encuesta, realizada en Rio de Janeiro en 1979, mostraba que un 7,5% de los médicos trabajaba en actividades mixtas, y un 46,7% en forma asalarida. En 1980, 41,7% de los médicos de São Paulo participaban del mercado con un único tipo de situación de trabajo, mientras que 57% se encuadraban en "formas compuestas". Tales proporciones están muy próximas a las observadas en 1972, que eran, respectivamente, 42,8% y 57,2%. Estos resultados revelan el asalariumiento en formas "puras" y "combinadas" y una búsqueda por actividades autónomas.

La coyuntura de la crisis económica (1979-1984) mantuvo en expansión la oferta del empleo en salud, especialmente a costa del sector público. En 1980 el sector privado concentraba 53,5% de los empleos médicos, mientras, que para 1984, debido, especialmente al crecimiento del nivel estatal, el sector público alcanzaba la mitad de estos empleos. Según Nogueira en la perspectiva macroeconómica, "la fuerza de trabajo en salud va bien". Representa 3% de todos los trabajadores brasileños y continuó creciendo, aun durante la crisis económica. En el caso de los médicos, fueron creados 75 000 empleos, entre 1974 y 1988, para 57 000 profesionales formados en el mismo período, sin contar con sus actividades autónomas y liberales. La cuestión, entonces, "es saber si vamos a crecer obedeciendo a formas imprevistas del mercado, estimuladas por la intervención estatal (. . .) o si vamos a crecer con un mínimo de racionalidad y en observancia a criterios de justicia social".

En la hipótesis de que los indicadores, sobre la expansión de la privatización de salud, vía extensión de formas de prepago, reflejen una tendencia y no solo una discreta variación coyuntural, se configura, entonces, un escenario más restrictivo para la reformulación de la educación médica. La multiplicidad de demandas, ejercidas por el mercado de trabajo sobre la educación médica, reforzaría el modelo vigente de producción de este profesional. La posibilidad de que las políticas de salud reviertan o puedan contrabalancear tal tendencia, dependería de la expansión de la inversión en infraestructura y del costo de los servicios públicos. Asimismo, con el crecimiento del gasto federal para la atención de la salud, a un 43% en 1987, momento en que hubo la mayor participación del INAMPS en el presupuesto a la seguridad social (37,9%), el gasto *per cápita* en salud alcanzó únicamente la cifra de US\$44.41. Admitiendo la posibilidad, en un escenario optimista, de un crecimiento del PIB de 2% entre 1987 y 1990, y del

4% de 1991 hasta el año 2000, los gastos del INAMPS llegarían a ser el 1,8% del PIB. Para salir del modesto gasto en salud del PIB (1986) a una escala de 6,5% en el año 2000 (comparable al gasto actual de la Argentina) y manteniendo constante la contribución del gasto privado alrededor del 1,4% del PIB, el Brasil tendría que duplicar el gasto federal presupuestario en salud (0,8% del PIB) y triplicar el de los estados y municipios (2,5% del PIB), hipótesis poco factible en períodos de crisis económica.

PROYECTOS POLITICOS PARA EL SECTOR SALUD Y PERSPECTIVAS DE LA EDUCACION MEDICA

Dos bloques de propuestas políticas se confrontan en el sector salud: el primero es un proyecto conservador que defiende el modelo médico-asistencial privado y, el otro, es el proyecto de la reforma sanitaria, que busca la superación del modelo actual a partir de los principios y directrices definidas en la VIII CNS. En la medida en que las fuerzas y los partidos políticos, defensores o simpatizantes del proyecto de la reforma sanitaria, no ganaron las elecciones presidenciales de 1989, se visualiza, para el país, por lo menos en la primera mitad de la década de 1990, un escenario menos permeable a los cambios orgánicos para la democratización de la salud. El plan económico adoptado en el inicio del nuevo gobierno, implica grandes riesgos de recesión y desempleo, con consecuente reducción del ingreso de la seguridad social y contención del gasto público. Aún cuando las directrices de la reforma del sector salud están establecidas en la Constitución, las fuerzas políticas y sociales que se encuentran representadas en el gobierno actual, no son las mismas que se comprometieron, históricamente, con el proyecto de la reforma sanitaria. En este sentido, la experiencia brasileña tiene algunas similitudes con la italiana, en la medida en que, por ironía de la historia, los partidos que se opusieron a la reforma pasaron a ser responsables de la implementación del Sistema Unico de Salud. Es posible concebir, en tal tendencia, una retoma de políticas racionalizadoras, por el nuevo gobierno, y un "sanitarismo de resultados" capaces, en una coyuntura recesiva y determinada por la histeria neo-liberal, de ofrecer una medicina simplificada para pobres y "descamisados" excluidos del consumo médico y, también, de las acciones de salud pública de bajo costo y alto impacto. Consecuentemente, es posible que grupos orgánicos de las políticas racionalizadoras, se adhieran al proyecto conservador en salud, actuando bajo una falsa dualidad, la privatización del sector, pero, utilizando la retórica de la Reforma Sanitaria.

¿Qué perspectivas tendría la educación médica frente a tal escenario? El análisis prospectivo de la educación médica en América Latina y su desarrollo en el Brasil, se reviste de una significativa oportunidad en la lucha por un modelo progresista o avanzado. Es un hecho conocido que

el paradigma flexeriano de la educación médica, a pesar de que se ha cuestionado, demostró tener aliento en el siglo, aún en países que introdujeron significativos cambios en la organización de los servicios de salud.

Asimismo, el espacio de actuación, que se delinea para los proyectos de reforma de la educación médica, tiende a limitarse en los próximos años, en la tentativa de articular la enseñanza y servicio y en la resistencia contra el anquilosamiento de las universidades y servicios de salud públicos. Movimientos de reforma curricular, como vías de concientización y organización de fuerzas institucionales comprometidas con la democratización de la salud y con la mejoría de la calificación del profesional médico, pueden representar esfuerzos positivos, aunque limitados. La conquista de aliados para este proyecto, en una correlación de fuerzas desfavorables, requiere la identificación de escenarios favorables y la formulación de políticas específicas. Supone la explicitación del marco conceptual, a través de principios y teorías pedagógicas más coherentes con la imagen objetiva considerada, además, de la definición de las estrategias y tácticas dirigidas a darle viabilidad al proyecto, mediante la instauración de otra hegemonía (dirección política y cultural), en determinado tiempo político.

De esta manera, un movimiento de cambio, que gire alrededor de un proyecto avanzado de educación médica, puede alcanzar mayor cuerpo y, alterando la correlación de fuerzas institucionales, imprimir ciertas innovaciones en el currículo, facilitando la inserción de alumnos y docentes en prácticas más amplias de la salud.

A pesar de estos incentivos, la propuesta de educación médica de contribuir con "el proceso de democratización en general, y de la salud en particular", aún precisa construir su viabilidad histórica. Rodríguez Neto visualizaba, en los finales de la década de 1980, tres situaciones de países en América Latina. La primera es aquella en que el proyecto democrático es hegemónico; la segunda en que el proceso social es democratizante, pero reformista, y la tercera en que el proyecto democrático corresponde a una perspectiva contra-hegemónica. El Brasil de los años noventa parece aproximarse a la última situación, recitando el lema "resistir es preciso". La resistencia, por la preservación de espacios democráticos conquistados, pasa a ser una imposición de la coyuntura para todos los que luchan por la reforma sanitaria. Los obstáculos que se anteponen, actualmente, a este proyecto, requieren además de esfuerzos pedagógicos y técnico-científicos, salidas sustancialmente políticas.

En este contexto, "resistir heroicamente" puede no ser una palabra de orden, en defensa de una "autonomía universitaria" abstracta, pero sí una de las pocas perspectivas de los que participan, en la enseñanza médica, comprometidos con la democratización de la salud. No debe ser, por casualidad, la advertencia del primer editorial de ABEM en la década del noventa: "Somos optimistas, pero eso no basta".

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS CONSULTADAS

- Abertura de novos cursos na área de saúde: considerações e propostas. *B Assoc Bras Educ Med XXI* (5): 3-4, set/out. 1989.
- Andrade, J. Marco conceptual de la educación médica en la América Latina. *Ser Desarrollo de Rec. Humanos* No. 28, 1979, 93 pp.
- Association of American Medical, Colleges. *Physicians for the Twenty-first Century*. The GPEP Report, Washington, D.C., 1984, 48 pp.
- Berlinguer, G. Os anos difíceis da Reforma Sanitaria. A saúde na crise do Welfare State. En: Berlinguer, G., Texeira, S. F. y Campos, G. W. de S. *Reforma Sanitaria Italia e Brasil*. HUGOTEC/CEBES, São Paulo, 1988, pp. 107-131.
- Brasil. Conferência Nacional de Saúde, 8ª. Brasília, 1986. Anais, 8ª CNS. Brasília, 1986, Centro de Documentação do Ministério de Saúde, 1987, pp. 381-389.
- Ministério da Educação e Cultura. Departamento de Assuntos Universitários. Comissão de Ensino Médico. *Documentos do Ensino Médico*. Brasília, 1977. 150 pp. e anexos.
- Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Ensino Superior. *Programa de Interação Docente-Assistencial*. (Série de Cadernos Ciências de Saúde, 3). Brasília, 1981, 32 pp.
- Secretaria de Ensino Superior. *Relatório do Grupo Interministerial de Recursos Humanos para a Saúde*. (Série Cadernos de Ciências de Saúde, 4) Brasília, 1981, 51 pp.
- Ministério da Previdência e Assistência Social. *Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social*. 1982, 42 pp.
- Ministério da Saúde. Secretaria Geral. Secretaria de Recursos Humanos. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. *Relatório Final*. Brasília, 13 a 17 de outubro de 1986, 54 pp.
- Ministério da Saúde. Secretaria Geral. Secretaria de Modernização Administrativa Recursos Humanos. *Sistema único de Saúde. Diretrizes para Formulação de Políticas de Recursos Humanos*, 1989, pp. 16-27.
- Campos, F. E. de y Oliveira Junior, M. de. *Contribuição au debate de uma política de Recursos Humanos para o setor saúde no Brasil: a situação da categoria médica*. Cadernos de Saúde Pública, R. J. 2 (4): 477-492, out./nov. 1986.
- O Choque de Zélia. *VEJA*. Editora Abril. Ed. 1122, Ano 23, No. 11: 60-75, 21 de março de 1990.
- Constituição; República Federativa do Brasil, Empresa Gráfica da Bahia, Salvador, 1988, pp. 133-138.
- Declaração de Edimburgo. Conferência Mundial sobre Educação Médica da Federação Mundial para Educação Médica (Tradução para o português de responsabilidade da Associação Brasileira de Educação Médica). *Assoc Bras Educ Méd* (Rio de Janeiro) XX (3) jul./set., 1988.
- A distancia das filas. *VEJA*. Editora Abril. Ed. 1121, Ano 23, No. 10: 38-65, 14 de maio de 1990.
- Donnangelo, M. C. F. *Medicina e Sociedade: o Médico e seu Mercado de Trabalho*. São Paulo, Pioneira, 1973, pp. 83.
- (Coord) *Condições do Exercício Profissional da Medicina na Área Metropolitana de São Paulo*. Relatório de Pesquisa. Conselho Regional de Medicina de São Paulo e Universidade de São Paulo, s/d, 185 pp. e anexos.
- Ensino medico. Bases a diretrizes para sua reformação. Documento No. 6 da Comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação. *R Bras Educ Méd* (Rio de Janeiro) 10 (2): 37-74, maio/ago., 1986.
- Ferreira, J. R. Formação de recursos humanos para a medicina do ano 2,000. *R Educ Med* (Rio de Janeiro) 7 (2): 93-100, maio/ago., 1983.
- Ferreira, J. R., Coelho-Neto, A., Collado, C. B., et al. El análisis prospectivo de la educación médica en la América Latina. *Educ Med Salud* 22(3): 242-357, 1988.
- Forum de Ensino Médico de AMB faz proposta para regulamentar cursos. *JAMB* p. 3, julho 1988.

- Función de las universidades en las estrategias de salud para todos. Contribución al desarrollo humano y a la justicia social. Documento de base para las Discusiones Técnicas de la 3ª Asamblea Mundial de la Salud. *Educ Med Salud* 19(3): 85-133, 1985.
- García, J. C. *La educación médica en la América Latina*. Publicación Científica de la OPS, 255.
- Girardi, S. N. O perfil do "emprego" em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. R. J. 2 (4): 423-439, out/desz, 1986.
- Gonçalves, E. J. Ingressos no curso médico e necessidades do país. *R Bras Educ Med* (Rio de Janeiro) 11(3): 103-111, set./out., 1987.
- Kassebaum, D. G. Editorial Change in Medical Education: The Courage and Will to Be Different. *Academic Medicine* 446-447, 1989.
- Medico A. C. O financiamento da saúde e a Nova Carta Constitucional—limites e possibilidades. En: Abrasco. *A experiência do SUDS e os desafios atuais da reforma sanitária*. São Paulo, junho de 1989. pp. 24-47.
- Mendes, E. V. Reordenamento de Sistema Nacional de Saúde: Visão Geral. En: Conferência Nacional de Saúde, 8ª. Brasília, 1986. *Anais*. Centro de Documentação do Ministério de Saúde, 1986. 265-279.
- *O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no atual contexto da Reforma Sanitária Brasileira*. En: São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde. Instituto de Saúde. *SILOS; Sistemas Locais de Saúde*. São Paulo, 1988. pp. 5-14.
- Nogueira, R. P. Tendencias generales del mercado de trabajo médico en las Américas. *R Bras Educ Med* (Rio de Janeiro) 11(2): 63-65, maio/ago., 1987.
- A força de trabalho em saúde no contexto da Reforma Sanitária. *Cadernos de Saúde Pública* (Rio de Janeiro) 3(3): 332-342, jul./set., 1987.
- Oliveira, J. de A. *O trabalho médico no Rio de Janeiro*. Monografia apresentada ao Centro Biomédico da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, visando a obtenção do título de Mestre em Medicina Social, 100 pp. e anexos.
- Uma proposta para reflexão da universidade sobre a educação médica no país. *R Bras Educ Med* (Rio de Janeiro) 12 (1): 6-9, jan./abr., 1988.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. *Grupo de trabajo para el estudio de la educación médica para el año 2000*. Washington, D.C., 28-31 de mayo de 1985.
- Paim, J. S. A universidade e a Reforma Sanitária. *B Assoc Bras Educ Med* (Rio de Janeiro) XXI (5): 2-3, set./out., 1989.
- *Saúde, Crises e Reformas*. Salvador, Centro Editorial e Didático da UEBA, 1986, 254 p.
- Nascimento e paixão de uma política de saúde. *Saúde em Debate* 27: 5-11, 1989.
- Proposta da AMB para os cursos de graduação. *JAMB* p. 3, fev. 1990.
- Rodriguez-Neto, E. Alternativas transformadoras na educação Latino-americana. *R Bras Educ Med* (Rio de Janeiro) 11 (2): 1-72, maio/ago., 1987.
- Santana, J. P. de. *Os cursos de medicina no Brasil: análise preliminar dos dados do sistema de informações sobre escolas médicas*. Brasília, OPS, acordo MED/MS/MPAS/MCF/OPS, 1986. 67 pp. (Série de Monografias GAP No. 2).
- Educação Médica e Reforma Sanitária. *Saúde em Debate* 24: 7-11, março 1989.
- Saravia Felipe, J. UNISIS. Uma contribuição da universidade á Reforma Sanitária. *Saúde em Debate* 24: 15-22, março, 1989.
- Silva, G. R. da. Uma retrospectiva da educação médica no Brasil. *R Bras Educ Med* (Rio de Janeiro) 11 (3): 81-85, set./de, 1987.
- Silva, L. A. S. R. da, A educação médica e a Reforma Sanitária. *Cadernos de Saúde Pública* (Rio de Janeiro) 2 (4): 493-504, aut./dez., 1986.
- Silva, P. I. B. y Medico, A. C. Considerações sobre o gasto em saúde no Brasil: dilema até o final do século. *Cadernos de Saúde Pública* (Rio de Janeiro) 1(4): 88-105, jan./mar., 1988.

Teixeira, S. F. y Mendonça, M. H. Reformas Sanitarias na Italia e no Brasil: comparações. En: Teixeira, S. F. (org.) *Reforma Sanitaria. Em busca de uma teoria*, Cortez Editora/ARRASCO, São Paulo, 1989. p. 193-232.

Veras, R. P. *A ABEM e as transformações da prática médica no Brasil*. Monografia de Mestrado a presentada ao Instituto de

Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1981, 41 p.

World Bank. Population and Human Resources Division/Brazil Country Department. *Health Policy in Brazil: Adjusting to New Challenges*. Washington, D.C. Draft of May 15, 1989 (chapter 111-2; 111-3; 111-4).