

**EL DESARROLLO
DE LA FORMACION
EN SALUD**

José Roberto Ferreira*

Publicación N° 3

***Coordinador del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos,
Oficina Sanitaria Panamericana, Organización Panamericana
de la Salud, Washington, D.C., USA.**

**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
Representación de Argentina, 1989**

Primera edición, 1988

Organización Panamericana de la Salud, 1989

Organización Mundial de la Salud, 1989

Este trabajo fue presentado en la Reunión de los Centros de Educación en Salud Pública realizada en la ciudad de Córdoba del 27 al 28 de julio de 1987. Las opiniones expresadas en él son de la exclusiva responsabilidad del autor. Se autoriza la reproducción y traducción siempre y cuando se cite la fuente.

INDICE

	Página
I. Nuevos tiempos, nuevas respuestas	5
II. Descentralización y regionalización	12

Nuevos tiempos, nuevas respuestas

A fin de encarar el tema que nos interesa en esta oportunidad, podemos tomar como punto de referencia para la historia contemporánea de la formación en salud pública, la segunda mitad de la década de los años cincuenta, período en el cual se realizan los tres encuentros internacionales convocados por la Organización Panamericana de la Salud en Viña del Mar (Chile, 1955), Tehuacán (México, 1956), y San Miguel Regla (México, 1959). Los dos primeros seminarios se centraron en la enseñanza de la medicina preventiva y social en el nivel de pregrado, y la conferencia de San Miguel Regla reunió por primera vez a los directores de las escuelas de salud pública existentes. Allí estuvieron representadas un total de ocho instituciones, dos de ellas dependientes de ministerios de salud y seis con vinculación universitaria, incluyendo entre estas la de Buenos Aires, todavía en fase de organización.

A pesar de todas sus limitaciones, es importante referir las inquietudes que se señalaron en aquel momento histórico respecto a la necesidad de una enseñanza integrada y acorde con la importancia de la interdisciplina y de la investigación, si bien era muy difícil ponerlas en práctica en aquellos años.

El interés se centraba esencialmente en la formación del maestro en salud pública, siguiendo los patrones académicos de la docencia de posgrado y obviamente bajo la influencia de la orientación adoptada en Estados Unidos, donde se había formado toda una generación de profesionales de salud pública provenientes de Latinoamérica, de la cual formaban parte los mismos que tomaron la iniciativa de promover la creación de los programas a que nos estamos refiriendo.

En poco más del cuarto de siglo que transcurrió después de aquella reunión, se ha observado un cambio significativo en el panorama aludido, caracterizado por:

- . la expansión del número de programas docentes;
- . una gran diferenciación entre la base institucional y los esquemas organizativos de dichos programas, y
- . la diversificación del tipo y nivel del personal que forman.

Aunque sea difícil identificar exactamente el número de programas existentes y en funcionamiento en el presente, estimamos que suman alrededor de ochenta cursos, con una amplia variedad de entidades vinculadas a la docencia, que incluyen las universidades, ministerios de salud, instituciones de seguridad social, servicios de salud provinciales y hasta asociaciones profesionales.

Entre los tipos de entidades y programas vigentes en América Latina se pueden mencionar:

- . las escuelas de salud pública propiamente dichas, que suman un total de trece, incluyendo la última que fue creada en 1986;
- . los programas de posgrado de medicina social, organizados por los departamentos de medicina preventiva y social de algunas facultades de medicina, cuyo número probablemente hoy supere los quince cursos;
- . las maestrías en disciplinas específicas, como epidemiología, ingeniería sanitaria y salud ocupacional, que todavía se dan en número reducido en unas pocas escuelas;
- . los Programas Regionales de Adiestramiento en Administración de Servicios de Salud (PROASA) creados recientemente tomando como base la propuesta de integrar los recursos de alguna escuela de administración pública con los de una institución docente del sector salud; estos programas buscan motivar a esta última con los

- enfoques de una orientación más moderna en el campo de la administración, y alcanzan el número de diez;
- . los cursos básicos de salud pública, cuya duración oscila entre tres y seis meses, realizados en el nivel local o provincial y con frecuencia orientados al adiestramiento de personal en servicio sin formación específica en salud pública, de los cuales más de quince están en funcionamiento;
 - . las residencias en salud pública y los programas de residencia en medicina curativa, organizados en vinculación con servicios del seguro social (se conocen al menos diez de estos programas); y
 - . otros cursos de duración y nivel variados, a veces promovidos por asociaciones profesionales (probablemente existan unos diez en distintos países).

Toda esta diversificación de cursos se acompaña igualmente con una amplia diferenciación de programas, tanto entre las variadas profesiones que actúan en el sector salud, como en la formación de recursos humanos de niveles intermedios y auxiliares. En Pregrado, entre las carreras de ciencias de la salud se estiman 250 programas más.

Aparentemente, el esfuerzo desplegado en este proceso evolutivo, frente a la limitada disponibilidad de recursos y, especialmente, ante la reducida posibilidad de formación de cuadros docentes de alta calificación, se vio condicionado por importantes restricciones en el desarrollo intrínseco del proceso de conocimiento que manejan estas mismas instituciones.

Es preciso señalar, además, la participación de los departamentos de medicina social que actúan en el nivel de posgrado. Si bien dicha participación favoreció la iniciación de un esfuerzo de investigación, este ha sido sin embargo insuficiente para hacer frente a la problemática que se presenta en las diversas instancias de servicios.

La demanda creciente de las poblaciones, la incorporación de tecnologías de mayor grado de sofisticación y la necesidad de adopción de políticas de equidad, eficiencia y eficacia que por un lado objetivan más amplios niveles de cobertura de los servicios, por el otro lado elevan las expectativas de disponer de profesionales mejor capacitados y especialmente dotados de potencial para el análisis, la interpretación y la generación de nuevos conocimientos a tono con la complejidad de los problemas actuales.

Esencialmente el sector salud ha carecido de recursos humanos en proporciones adecuadas, capaces de dominar su campo de conocimiento específico e incluso ampliarlo con profesionales preparados para desempeñarse en los niveles de la planificación económica, para analizar e interpretar políticas del sector público, visualizar las proporciones macroeconómicas de una amplia relación intersectorial, e intervenir en las relaciones sociales con grupos corporativos influyentes.

En los últimos cinco años esta situación de crecimiento incoordinado de la red de formación en salud pública empezó a ser cuestionada por la dispersión de esfuerzos que involucraba, por la falta de una definición de prioridades en términos del tipo y nivel de personal que requería adiestramiento y, especialmente, por la evidente incapacidad de las instituciones académicas de participar en el proceso de renovación del conocimiento de que tanto necesitaban los servicios de salud.

Surgen así las primeras propuestas de racionalización que señalan la necesidad de revisión del contenido disciplinario, de la descentralización del recurso docente y la regionalización con jerarquización de los niveles de formación.

El aspecto relativo al contenido disciplinario se refiere a la necesidad de un análisis conceptual, técnico-científico y político del proceso de desarrollo de la salud en su dimensión intersectorial. Sugiere,

por lo tanto, la articulación entre la reflexión sobre los problemas del desarrollo y la investigación de situaciones concretas en el campo de la salud y propone capitalizar estas experiencias para realimentar la gestión del desarrollo por medio de conclusiones trascendentes, difundidas por los canales de la capacitación y la cooperación técnica, con la participación de la propia institución docente.

La articulación intersectorial, reconocida como importante hoy, se vuelve imperiosa para mañana. Los objetivos que se consideraban de mediano o largo plazo se convierten en perentorios; así por ejemplo:

- . la participación y el control por parte de la comunidad, con su requisito de desconcentración y descentralización;
- . la selectividad, entendida como un medio para operacionalizar la equidad identificando los grupos sociales de mayores riesgos;
- . las medidas tendentes a ampliar la solidaridad, tanto de la sociedad nacional como de la regional, y
- . la incorporación de tecnologías avanzadas sujetas a un juicio crítico que tome en cuenta su necesidad y efectividad, y la capacidad técnica y absorción económica local.

Los líderes de salud tendrán que establecer una estrategia efectiva para que el sector refuerce su propia capacidad de negociación con otros sectores, o consiga que se incorporen sus componentes a los procesos más amplios de planificación y adopción de decisiones de carácter nacional.

Esta relación intersectorial que planteamos se identifica íntimamente con la interdisciplinariedad que se trata de promover en los programas educativos, siendo el conocimiento que se maneja en salud de carácter netamente interdisciplinario.

En la medida en que se amplíe esta práctica, con la fusión de axiomas, conceptos y métodos propios de diferentes disciplinas, se abren igualmente los caminos para un mayor entendimiento e intercambio entre

los diversos sectores del desarrollo para la solución de problemas específicos, en nuestro caso, los problemas de salud.

Desde luego, la interdisciplinariedad induce la posibilidad de comparar y armonizar vocabularios y lenguajes, y facilitar el desarrollo de procesos y métodos complementarios entre las disciplinas articuladas. En tal contexto, corresponde estudiar nuevos campos de conocimientos generados por la propia convergencia de las disciplinas, las cuales definen nuevas restricciones y los límites requeridos para una acción eficaz.

En defensa de estos postulados, Piaget demuestra cómo hoy, tras una fase inicial durante la cual el conocimiento tendía a fragmentarse en disciplinas y subdisciplinas crecientemente especializadas, se observa una verdadera inversión de esta tendencia con el procedimiento científico más integrado.

Gastón Bachelard, en el mismo tono, señala que la historia de las ciencias es una historia de especializaciones del saber y una historia de la integración en una cultura general del saber especializado.

El proceso de generación, análisis e interpretación del conocimiento que se requiere con el objeto de inducir los cambios indispensables para la organización y desarrollo de los sistemas de servicios de salud, demanda una amplia articulación interdisciplinaria y trasciende los patrones de formación en profesiones específicas. Al potencial de transformación que aportan tradicionalmente las profesiones de la salud, se suma el *know-how* de las ciencias sociales, ingeniería, agropecuaria, ecología, etc.

Pero en el interior de la propia salud pública se observa la misma tendencia integradora cuando se identifica la epidemiología y la administración como ejes sustantivos de toda la formación, quedándose todas las demás disciplinas tradicionales como áreas de aplicación en campos específicos como el maternoinfantil, salud mental, administración de hospita-

les, enfermedades transmisibles, control de vectores, e incluso el mismo saneamiento básico que, aparte del manejo de alguna tecnología más específica, depende fundamentalmente de decisiones basadas en la epidemiología y administración.

Una mejor utilización de los principios y métodos de la epidemiología será necesaria no sólo para entender y controlar de manera más adecuada ciertas enfermedades específicas o categorías de enfermedades, o para establecer programas destinados a subgrupos específicos de la población, sino también para reconocer las características generales de salud-enfermedad de los países y sus distintas comunidades. La epidemiología aplicada con un enfoque multidimensional deberá servir cada vez más para alimentar y retroalimentar las decisiones relativas al desarrollo del sistema de salud como un todo y en sus diversos niveles, apoyando la planificación de las acciones y la evaluación de los servicios e incluyendo el componente, ahora de especial interés, de la evaluación de tecnologías.

Idéntica consideración se puede aplicar en el campo de la administración, cuando nos damos cuenta de que gran parte de las transformaciones que el mundo experimenta en la actualidad son cambios gerenciales. Por consiguiente, es necesario estar al tanto de la realidad actual de la función gerencial, la racionalidad gerencial de los países en desarrollo, y los conocimientos producidos y sistematizados en la teoría y práctica administrativa modernas.

Esto permitirá la anticipación e introducción de innovaciones y adaptaciones al medio discontinuo en que funciona la organización, la absorción de nuevos valores, recursos y tecnología y, por último, el desarrollo de programas de acuerdo con las necesidades externas y los recursos disponibles, según criterios de eficiencia, eficacia y efectividad en la prestación de servicios.

Descentralización y regionalización

Hasta aquí, la revisión del contenido programático, la cual está referida fundamentalmente al nivel central y más avanzado de un sistema de formación. Esto, por otro lado, presupone alguna ordenación de aquel conjunto incoordinado de programas educativos referidos al comienzo de nuestro relato.

En principio cada programa nuevo que se organiza se propone desarrollar el posgrado profesional y la formación de cuadros intermedios y auxiliares, pero no siempre toma en cuenta la disponibilidad y nivel del recurso docente o la conveniencia de repartir responsabilidades y establecer intercambios y complementariedad entre las instituciones involucradas.

Los cursos se ofrecen con una inadecuada definición de su ámbito de acción, tanto en el plano geográfico como en el programático y político. En especial en este último aspecto, asumen una posición indecisa en cuanto a su espacio potencial de actuación, manteniendo la orientación tradicional de apoyo a los órganos de la Secretaría de Salud, tanto en el nivel nacional como en el provincial. De esta forma, dejan de aprovechar la oportunidad excepcional de cooperar con el desarrollo de todo el sistema de salud y asumir un rol preponderante en la administración del nuevo conocimiento que se genera en este nivel, para formar a los líderes que tendrán que responsabilizarse por la consolidación del sistema.

A esta crisis de identidad se suma una utilización deficiente de los recursos locales por el usual aislacionismo institucional que impide un mayor intercambio entre el servicio de salud, la seguridad social y la universidad. Todo esto contribuye a afectar el grado de reconocimien-

to y valoración de los programas docentes, genera la perpetuación de una serie de limitaciones, tanto económico-financieras como de desarrollo técnico-científico y, por ende, retarda todo el proceso de modernización de lo que debería constituirse en una verdadera red de formación en salud pública.

No obstante, indudablemente América Latina camina hacia una racionalización de todo este conjunto de programas de adiestramiento, especialmente en los países más extensos como México, Brasil, Argentina, Colombia, Venezuela y Perú, donde comienzan a proliferar iniciativas de estos cursos.

En una de las más recientes reuniones de la Asociación Latinoamericana de Enseñanza de Salud Pública (ALAES), la que se realizó en Kingston, Jamaica, se propusieron alternativas de regionalización y jerarquización de estas redes de formación de personal en salud pública. Corresponderá a cada país encontrar el esquema ideal que habrá de adoptar para la coordinación de los distintos programas. En este relato nos vamos a referir solamente a algunas tendencias que orientan la estrategia que pueda ser utilizada.

En términos de diferenciación progresiva, puede imaginarse que en las mismas instituciones del servicio de salud, en el nivel provincial, sea posible realizar cursos básicos con el apoyo de recursos de la universidad local sin olvidar el pregrado, atendiendo de esta forma a las necesidades de formación del personal ya incorporado a servicio sin ningún adiestramiento previo. Igualmente, en este nivel será posible, eventualmente, desarrollar cursos especializados para la formación de técnicos medios. Luego, en un segundo nivel, en aquellos puntos seleccionados de un país donde se concentren recursos tanto universitarios como de servicios de salud y condiciones técnico-científicas, es posible la concentración regional de las maestrías de salud pública convencionales, que

seguirán siendo necesarias para formar la mayoría del personal de salud. Esta solución ya se presenta con distintas características en cada caso, pudiendo constituirse desde una escuela de salud pública o un programa de posgrado dependiente del Departamento de Medicina Social de la universidad local, hasta un programa de residencia con recursos del seguro social.

Por último, en el nivel nacional, se espera a mediano plazo que los programas de mayor desarrollo se liberen de las funciones educativas que están cumpliendo actualmente para los niveles operativos del servicio (ya absorbidos por unidades periféricas de la red de capacitación), para que, coordinando esfuerzos de la universidad e institutos de investigación del área, se desarrolle un centro de altos estudios en salud. Esto permitirá llenar el vacío señalado anteriormente, tanto en el campo del desarrollo de conocimientos como en la formación avanzada de personal.

En este nivel central de la red se podrían cumplir, entre otras, las siguientes funciones:

- a) Promover, coordinar y desarrollar estudios e investigaciones en relación con los problemas prioritarios a los que se enfrenta el sector salud; estas investigaciones podrían ser realizadas con la participación de unidades periféricas y, ciertamente, con el apoyo de los institutos de investigación del nivel central;
- b) promover el liderazgo en salud cumpliendo programas de formación y actualización para profesionales responsables de las decisiones de mayor significado en el sector o para aquellos que trabajan en otros sectores íntimamente relacionados con el proceso de desarrollo de la salud;
- c) formar los "multiplicadores" o profesores para los niveles intermedios y periféricos de la red, y
- d) desarrollar los materiales educativos necesarios para los progra-

mas de capacitación así como introducir los mecanismos para el desarrollo de programas de educación a distancia, apoyando la educación continuada a cargo de las unidades periféricas de capacitación.

Todo lo expuesto asume aún mayor importancia en el contexto de la tendencia actual de transformación de los servicios de salud, con descentralización administrativa, programación local y adopción de nuevos esquemas de financiamiento que permitan alcanzar la equidad, eficiencia y eficacia que plantea la meta de salud para todos. El objetivo final del proceso de regionalización de la formación es, en última instancia, el de elevar los programas académicos de salud pública a un primer plano, en estrecha articulación con los servicios, participando en la docencia y en la investigación de los problemas concretos que se enfrentan en este nivel.

Esto significará el abandono de la aceptación de un rol casi pasivo, de formación patronizada de cierto tipo de profesional, para avanzar en forma dinámica hacia una formación diversificada de los líderes necesarios para la verdadera transformación del sistema de servicios de salud.

