

REUNION SOBRE FORMACION DE POSGRADO EN SALUD PUBLICA EN LA REPUBLICA ARGENTINA

BUENOS AIRES, 12 Y 13 DE AGOSTO DE 1991

**Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Asociación de Educación
de Salud Pública de la Argentina**



Publicación N° 33

**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional
de la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 1992**

© Organización Panamericana de la Salud, 1992

© Organización Mundial de la Salud, 1992

Las opiniones expresadas en este trabajo son de la exclusiva responsabilidad de los autores. Se autoriza la reproducción y traducción siempre y cuando se cite la fuente.

ISBN: 950-710-031-8

Contenido

Reunión sobre Formación de Posgrado en Salud Pública, Administración de Servicios y Programas Relacionados en la República Argentina. Informe final	5
Reseña de los resultados de la encuesta, <i>por Enrique Stein</i>	17
Una mirada crítica sobre el panorama actual de la formación de posgrado en salud pública, <i>por José Roberto Ferreira</i>	27
La docencia en salud pública en la Argentina. Análisis de su evolución y perspectiva social, <i>por Abraam Sonis</i>	35
Areas críticas en la formación de personal en salud pública. Elementos para el debate, <i>por Abraam Sonis</i>	73
Anexo	111

**REUNION SOBRE FORMACION DE POSGRADO
EN SALUD PUBLICA, ADMINISTRACION DE SERVICIOS
Y PROGRAMAS RELACIONADOS
EN LA REPUBLICA ARGENTINA. INFORME FINAL**

1. Introducción y objetivos

En la sede de la Academia Nacional de Medicina se realizó la Reunión sobre Formación de Posgrado en Salud Pública, Administración de Servicios y Programas Relacionados. Participaron los representantes de todas las instituciones de formación de recursos humanos nucleadas en la Asociación de Educación en Salud Pública de la Argentina (AESPA), representantes de la Asociación de Facultades de Ciencias de la Salud de la República Argentina (AFACIMERA), de los ministerios y secretarías de Salud provinciales que poseen programas de formación en este campo, de asociaciones científicas y gremiales, de organismos intergubernamentales, de la Secretaría de Salud de la Nación y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

El encuentro, convocado por OPS/OMS y AESPA, tuvo como objetivo principal analizar integralmente la situación de la formación de posgrado en el campo de la salud. Asimismo, se propuso la identificación de estrategias y modos de acción para redefinir y mejorar los procesos formativos en función de las necesidades de salud de la población, y transformar los servicios en términos de equidad y eficacia.

La reunión tuvo especial significado por realizarse en momentos en que se cuestionan tanto los programas de formación en salud pública como el papel de las escuelas, y se reorientan los modelos de atención bajo principios de subsidiaridad del Estado, hacia la privatización progresiva de servicios, y con criterios adversos a la equidad y la universalidad.

Con el propósito de aportar criterios objetivos sobre la situación que se habría de analizar, se confeccionó previamente una encuesta *ad hoc* destinada a la casi totalidad de los programas e instituciones existentes en el país, que fue presentada y discutida durante el encuentro.¹

¹ La encuesta fue realizada a solicitud de la OPS por el doctor Enrique Stein, profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires (UBA), y se utilizó un instrumento diseñado conjuntamente por OPS y AESPA (véanse págs. 17-26).

2. Contexto de la reunión

Un hecho significativo de la reunión es que, si bien se desarrolló con la presencia persistente de las ideas y problemas referidos a la crisis en una perspectiva global (económica, social, institucional, de la formación y de los modelos de atención), la consigna general fue buscar formas para superar esa situación.

La perspectiva histórica aportada por el profesor Abraam Sonis contribuyó a ubicar el momento actual en el marco de las tendencias mundiales y regionales de la formación y de los servicios. Pero tal vez lo más importante de su intervención fue traer a la conciencia del grupo participante la historia remota y reciente de la salud pública argentina, y extraer de ella las raíces de las situaciones problemáticas que fueron luego objeto de análisis y debate.

En efecto, Sonis planteó la necesidad de reflexionar sobre el objeto y la definición del campo de la salud pública y sus límites, lo que “permitiría una aproximación más concreta al cometido de los responsables de su docencia y de las acciones que conforman lo que tradicionalmente se definía —y se define— como salud pública”. Para ello, revisó la relación de la salud pública con la medicina, su estructura cognoscitiva, su relación con los servicios de atención médica y su conexión con la política y el papel del Estado.

El doctor José Roberto Ferreira, coordinador del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS, al analizar el panorama regional de la formación de posgrado en este campo tomó como eje el concepto de crisis de la salud pública. Ferreira afirmó que “en los últimos años se ha incrementado la conciencia sobre la crisis actual de la salud pública, entendida esta como la incapacidad de la mayoría de las sociedades de promover y proteger su salud en la medida que sus circunstancias históricas lo requieren”. Examinó posteriormente la influencia determinante del paradigma de salud pública históricamente generado a partir del modelo de la escuela de Johns Hopkins, así como las tendencias observadas en América Latina en función de esa influencia. No obstante, señaló con claridad la necesidad de rescatar la especificidad de cada país y de cada institución formadora.

Según Ferreira, esta consideración cobra más importancia en el marco de la crisis y del ajuste neoliberal, porque las restricciones impuestas a los sectores sociales pueden llevar al agravamiento de los problemas sanitarios preexistentes y generar otros nuevos; requiriéndose en ambos casos una mayor capacidad para identificar los problemas y buscar las respuestas y soluciones más pertinentes. Asimismo, señaló Ferreira que son precisamente las instituciones de

formación superior las que deberán responsabilizarse de producir el conocimiento y el desarrollo científico, investigando la realidad concreta en la que deben actuar. Resaltó el impacto negativo de las restricciones mencionadas sobre las escuelas, que ya tenían severos déficit de presupuesto, docentes mal remunerados, infraestructura deteriorada, grandes limitaciones para el uso de los espacios de práctica, imposibilidad de acceder a la información científica y muchos obstáculos para llevar a cabo trabajos de investigación.

La OPS ha identificado las dificultades que encuentran los programas de formación para compatibilizar las respuestas orientadas al nivel operativo con aquellas dirigidas al nivel estratégico. Esta dualidad funcional favorece finalmente el predominio de la cantidad sobre la calidad y define una oferta educativa contingente de escaso impacto técnico-político. Para esclarecer esta cuestión, se ha promovido la distinción entre liderazgo institucional (que resulta del esfuerzo orientado a la capacitación gerencial) y liderazgo sectorial (que supone un nuevo enfoque interdisciplinario de interpretación del contexto social y que permite, en un nivel "macro", influir sobre las decisiones políticas en un marco más amplio). El primer nivel se podría desarrollar en la periferia del sistema por medio de programas descentralizados, mientras que el segundo necesariamente demanda recursos del nivel central, con mayor diversificación de campos de conocimiento y de apoyo a la investigación.

3. El análisis de la teoría y práctica de la salud pública

El doctor Luis Ruiz, del Programa Regional de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS, señaló las bases teóricas y metodológicas del proceso de análisis de la teoría y práctica de la salud pública que está impulsando la Organización. Este proceso se presenta como un momento obligado de reflexión crítica sobre la crisis mencionada, su contexto y sus formas y tendencias, con el objeto de encontrar caminos para superarla.

Los críticos años ochenta se caracterizaron por tendencias regresivas en la situación de salud de la población y de los servicios de atención médica. Desde el punto de vista de las intervenciones técnicas en la salud pública, en esos años quedaron al descubierto numerosos vacíos metodológicos y operativos que persisten como obstáculos al avance que se desea.

En este escenario, los países de la región definieron las orientaciones estratégicas y las prioridades programáticas para el período

1991-1994, y señalaron un conjunto de tareas para mejorar la salud y su atención:

- lograr mayor prioridad para la salud en las políticas sociales y en el proceso de desarrollo;
- mejorar la capacidad de análisis de situación e identificación de grupos de alto riesgo;
- formular políticas y programas que persigan la equidad en salud y consigan abatir la deficiencia creciente de cobertura de servicios;
- concentrar recursos en intervenciones eficaces contra daños y riesgos;
- aumentar la eficiencia del sector;
- redefinir las formas de conducción y organización del sector;
- superar los desequilibrios entre la fuerza de trabajo y las necesidades de los servicios.

La puesta en práctica de acciones orientadas a alcanzar estos objetivos supone reforzar el debate relativo al impacto en el mediano y largo plazo, en lo que respecta al análisis de la situación y de las tendencias principales del desarrollo de la salud pública en el continente. En este encuadre, Ruiz resaltó la necesidad de identificar las bases para reorientar los principios conceptuales, metodológicos y operacionales de la salud pública, en particular en lo referente a la promoción del liderazgo sectorial y a la formación avanzada.

La OPS ha solicitado a un calificado y numeroso grupo de sanitarias que planteen sus reflexiones, análisis y propuestas en el marco y orientación señalados. A partir de los aportes individuales, se pasará a una reflexión colectiva para luego plantear este proceso a nivel de la región, involucrando a los actores más directos (en los servicios, escuelas y en los centros de investigación) y a entidades de la sociedad civil comprometidas con la salud de la población.

Ruiz señaló la conveniencia de que se abran espacios en los programas e instituciones reunidos para realizar este necesario ejercicio de reflexión crítica y de propuestas de redefinición del papel de la salud pública en nuestras sociedades.

4. Informe de la situación de la formación de posgrado en la Argentina

El estudio de Stein constituye un primer acercamiento exploratorio y descriptivo, realizado con el objetivo de identificar las tendencias generales de la formación de posgrado en salud pública. En la

reunión se presentaron los primeros elementos cuantitativos para empezar a caracterizar esa situación. No obstante, la información relevada es cuantiosa y rica, por lo que se sigue trabajando en ella con miras a construir una base de datos que posibilite la actualización permanente, el seguimiento de tendencias y el desarrollo de investigaciones operativas sobre este campo. Los cuadros presentados (véase págs. 18 a 26) muestran los universos de instituciones y programas que fueron objeto de relevamiento.

Como puede observarse en el cuadro 2 existen actualmente 51 instituciones que ofrecen programas de posgrado en salud pública.² De ellas, el 31% corresponde a instituciones académicas del área de las ciencias de la salud, 15% a instituciones académicas no pertenecientes a esa área, y 54% a instituciones primariamente no académicas, tales como instituciones gremiales, de gobierno y de servicios, etcétera.

De acuerdo con los datos presentados en el cuadro 3 los programas ofrecidos por estas instituciones suman 76, de los cuales 57 se encuentran en efectiva ejecución. Las instituciones académicas son responsables del 35% de los programas, las otras instituciones académicas del 16%, los ministerios de Salud del 14%, y las entidades gremiales del 21%. Ello indica una fuerte presencia de entidades no académicas en este campo.

Al analizar los programas en relación con la carga horaria surge que 46% insumen de 400 a 600 horas, 26% de 600 a 1200 y el 28% restante, más de 1200 horas. En este último caso, se incluyen programas (de nivel de maestría) aprobados pero que aún no se están ejecutando (cuadro 4).

En 1990 egresaron de estas instituciones 1528 alumnos, de los cuales 72% lo hizo de instituciones no académicas. Este alto porcentaje relativo se mantiene en el presente año, según lo indica el número actual de alumnos cursantes. En 1991 se ha incrementado la cantidad de cursantes en instituciones académicas que no son de salud y en algunas instituciones privadas que cuentan con apoyo ministerial (Fundaciones). Asimismo, se ha producido una disminución de cursos de Administración de Servicios (principalmente de los ministerios), pero se mantiene el caudal de las entidades gremiales o colegiadas (15% a 16%) (cuadro 4).

Casi todos los programas tienen definido un cupo de ingreso y

² Se realizó un recorte metodológico que circunscribió el relevamiento a programas de más de 400 horas lectivas, de manera que se excluyeron las instituciones que no cumplían con este criterio.

corresponden a cursos que asignan créditos. Las becas como mecanismo facilitador de la participación en los programas no son importantes (la proporción de becarios varía de 10% a 50%), aunque cabe señalar que en el caso de los programas provinciales se asegura la capacitación en horario de trabajo, y el salario. Más de 60% de los alumnos cursantes proceden de instituciones del subsector público de salud provincial con variaciones regionales (cuadro 5).

Al clasificar a los docentes en propios e invitados, se observó a nivel agregado que de un total de 917, 42% son propios (de planta docente permanente). Se observó también que el soporte docente de las instituciones no académicas se hace con 74% de invitados. En las entidades académicas de salud, 37% son invitados, mientras que en el resto de las instituciones estos ascienden a 72% (cuadro 6).

En lo que concierne al régimen de dedicación, al analizar los docentes propios asignados a posgrados se observa que solamente 12 son de dedicación exclusiva, 56 de dedicación semiexclusiva y 140 de dedicación simple. En lo que se refiere a la categoría docente, hay 33 titulares, 18 asociados, 15 adjuntos, 140 jefes de trabajos prácticos y 70 registrados como otros. Se señaló que en la práctica de la docencia muchos jefes de trabajos prácticos han asumido responsabilidades de categorías superiores, y esto tiene que ver con la falta de "regularización" o ausencia de concursos en diversas unidades académicas.

Los datos mencionados no permiten adelantar consideraciones sobre la calidad del proceso educativo; solamente señalan tendencias y factores que pueden contribuir a un determinado nivel de calidad en un contexto institucional y programa determinado.

De manera general, la infraestructura de apoyo académico es precaria. Únicamente el 35% de las instituciones encuestadas cuenta con biblioteca propia y 10% ni siquiera tiene acceso a una biblioteca ajena. Las bibliotecas existentes están informatizadas en apenas 17% de los casos, pero muy pocas tienen acceso a redes de información. En relación con el acervo bibliográfico, los volúmenes de salud pública (en una acepción amplia del término) oscilan entre el 1% y el 10% del total (gráfico 1, pág. 24).

La situación de la actividad de investigación también es crítica.³ La información recolectada muestra que las investigaciones en curso son escasas y están concentradas en algunas unidades o institu-

³ Para una aproximación a este tema, se decidió adoptar una definición operacional de investigación que permitiera luego realizar comparaciones internacionales. Así, una investigación debió suponer un protocolo (proyecto) sujeto a evaluación externa. Ello no significa que se desconozca la existencia de importantes trabajos de investigación, monografías, etc., producidos como requisitos de los cursos realizados.

ciones. Existen actualmente 72 investigaciones programadas, la mayoría de las cuales estarían realizándose (cuadro 7). Hay todavía mucha información que debe trabajarse en profundidad.

La información solicitada sobre contenidos que deben ser prioritarios en un futuro cercano mostró el siguiente orden (cuadro 8):

- Teoría y metodología epidemiológicas.
- Análisis de la situación y tendencias en salud.
- Salud ambiental.
- Desarrollo de recursos humanos.
- Planeamiento estratégico. Administración de servicios médicos.

La información sobre contenidos de importancia/urgencia actual arrojó el resultado siguiente:

- Desarrollo de recursos humanos. Administración de personal.
- Economía de la salud.
- Administración de servicios médicos.
- Demografía.
- Teoría y metodología epidemiológicas y análisis de tendencias en salud.

5. Análisis de la situación y tendencias

El análisis de la situación de la formación de posgrado se realizó en trabajos de cuatro grupos y en un panel especial.⁴ Una ajustada síntesis de esas deliberaciones nos permite establecer los siguientes planteamientos:

5.1. La actual coyuntura configura poderosos determinantes y plantea serios desafíos a la salud pública en general y a las actividades de formación en particular. La crisis económica y las políticas de ajuste impactan en forma negativa sobre las estructuras sociales más desposeídas y vulnerables. Las políticas de corte neoliberal que se están ejecutando tienden a la inequidad, a pesar de la retórica de la compensación social que al no hacerse efectiva configura una vez más un doble discurso.

Los principios de equidad y del derecho a la salud suponen que el

⁴ El panel estuvo integrado por Vicente Mazzafero (UBA), José Russo (ministro de Salud del Neuquén), Enrique Olarte (Sociedad de Medicina Rural del Neuquén), María Teresa Pace (subsecretaria de Salud de Tierra del Fuego), Carlos Médici (Universidad Nacional de Tucumán), Horacio Pracilio (Provincia de Buenos Aires), Juan Barboza (Universidad Nacional de Cuyo-Facultad de Medicina), Hugo Mercer (FLACSO) y Pedro Brito (OPS/OMS).

sistema de salud se preserve de quedar librado a los criterios de rentabilidad y a la “libre” dinámica de las leyes del mercado. Se señaló que en el país se asiste a un momento de definición política subordinada a la lógica económica. Si el sistema sociopolítico asume la inequidad sin tapujos, se estructurará un subsistema para la población carenciada y sin cobertura, diferente cualitativamente de la atención para el resto de la población. De otra forma, si se asume el sinceramiento de la situación, podría ser factible administrar la crisis.

En este contexto, los técnicos y docentes de salud pública encuentran dificultades para adecuar sus discursos a las realidades sociopolíticas, y sus propuestas a la crisis. Vivimos una época de vertiginosos cambios de enfoques, paradigmas y modos de enfrentar la realidad en todos sus niveles. En el campo de la salud pública se presenta el reto de optar por un cambio sustantivo de la práctica y la reconsideración del objeto básico, o bien seguir haciendo más de lo mismo que se está cuestionando.

5.2. Un rasgo esencial del actual panorama de formación en salud pública en la Argentina es la gran amplitud y dispersión de propuestas de formación que hacen recaer el mayor peso sobre los servicios (utilizadores) y las entidades gremiales y colegiadas. Se ha revertido, por lo tanto, una situación originaria de división social del trabajo formativo en este campo. Sin embargo, esta nueva situación no ha modificado la tradicional desarticulación entre formación y servicios, entre teoría y práctica, como fuera señalado repetidamente en el encuentro.⁵

Se realizó un análisis crítico de las modalidades educativas vigentes que mostró el desfasaje entre los requerimientos de los servicios (mayormente preocupados por deficiencias de tipo gerencial y operativo) y las ofertas de las escuelas (imposibilitadas de optar entre las propuestas estratégicas y los requerimientos instrumentales). De otro lado, se cuestionó la tendencia a la repetición acrítica de contenidos y propuestas que no se ajustan a las realidades regionales, zonales o locales. El espíritu innovador parece estar ausente en estos momentos de las instituciones formadoras.

Se hizo patente la preocupación por la falta de coordinación y estructura del aparato formador en salud pública. De manera general, no se aprecia la definición de objetivos de formación y capacitación en función de los requerimientos de diversos tipos de servicios,

⁵ Es significativo que este punto fuera señalado por todos los grupos (interdisciplinarios e interinstitucionales) de diversa forma y con distinto énfasis.

niveles (de complejidad o de toma de decisiones) o modalidades de atención. Fue reiterada la demanda de que las instituciones educadoras consideren también las necesidades de formar personal “medio” y de implantar modalidades de educación permanente para contribuir a mejorar la capacidad de gestión y el mejoramiento técnico del personal.

Hubo consenso sobre el planteamiento de impulsar una redefinición del objeto de la salud pública y de sus contenidos sustantivos. Sin embargo, se señaló también la responsabilidad de los servicios (muchas veces enfrentados a las escuelas) en la definición de los requerimientos de formación, de sus propias necesidades, poniéndose de manifiesto la crisis de identidad y organización de muchos de ellos. En este nivel, tampoco está definido qué se le pide a la salud pública: “si hacerse cargo de lograr la equidad social o hacerse cargo de proveer técnicas e instrumentos para mejorar las condiciones de salud y de atención”.

Se planteó con claridad que, no obstante las tendencias económicas y políticas señaladas que redefinen los modelos de atención, debe ser responsabilidad de las escuelas y de la salud pública como práctica técnica y social la búsqueda de formas de promover la participación de la comunidad en la toma de decisiones que afectan la atención de la población y que definen el tipo de recursos humanos a formar (“que estén al servicio de la gente”). Ello lleva nuevamente a la redefinición del concepto de salud pública en el sentido de una mayor responsabilidad respecto de las políticas sociales y el interés de la población.

5.3. La tendencia general fue la búsqueda de estrategias viables y orientadas al conjunto de las instituciones comprometidas en la formación en salud pública. En este sentido, se señaló la necesidad de que las escuelas busquen maneras de adecuarse teórica, organizativa y pedagógicamente a los cambios socioeconómicos y científico-técnicos que se están produciendo en el país, la región y el mundo. Adecuarse no supone en este campo y en este caso seguir obedientemente las propuestas vigentes, sino responder consciente, objetiva y críticamente a las exigencias de la salud de la población, de los servicios y del entorno específico que los rodea. Ello implica definir una posición política y técnica frente a las tendencias en salud que se debaten en la actualidad.

En contraste con la escasa influencia política de las instituciones formadoras en la Argentina, se resaltaron las experiencias de Brasil y México, países donde la salud pública ha logrado influir sobre la orientación del sistema sanitario. Allí, junto con la actividad de

formación, se ha impulsado mucho la investigación, tanto la epidemiológica como la de servicios de salud.

Es necesario destacar la formación gerencial como forma de respuesta inmediata a esa realidad. Sin embargo, se observó que en países donde se formaron niveles gerenciales suficientes no se superaron necesariamente las consecuencias de la crisis, al parecer por falta de respuestas políticas junto a las propuestas técnicas.

Deben modificarse los marcos filosóficos de la salud pública. Existen países, como Canadá, que han logrado buenos resultados para la salud en el marco de un orden social capitalista. También sería necesario redefinir la denominación de salud pública, por el sesgo que ha tomado en algunos ambientes al quedar circunscripta exclusivamente a la responsabilidad del sector público.

Como forma operativa de superar la dispersión, se propuso la articulación de redes de instituciones formadoras en el nivel regional o zonal. Esto permitirá, además, elevar la capacidad de impacto y el conocimiento de la realidad regional y local. Al ser reconocida como área crítica la problemática del personal de salud, se subrayó el papel de las asociaciones y corporaciones profesionales en la definición de los conflictos, y en este caso también en las actividades de formación. De allí la importancia de su articulación regional y local con otras iniciativas académicas y de servicios.

5.4. Por último, se hicieron algunas propuestas de trabajo para orientar la formación en salud pública, entre ellas:

- Articular las propuestas de formación en varios niveles, definidos para responder a las necesidades de la población, y los servicios integrados en sistemas locales. Se señaló el riesgo de un enfoque predominantemente "macro" que pueda hacer olvidar la realidad concreta de inserción del programa. En consecuencia, la modalidad de red permitiría encarar desde las realidades locales hasta las complejas situaciones nacionales e internacionales.
- Estructurar los contenidos curriculares de acuerdo con las realidades locales, zonales y regionales. Explorar las posibilidades de la educación a distancia.
- Diseñar la estrategia básica de formación en salud pública como un proceso de educación interdisciplinaria continua, para tratar de revertir la actual tendencia, única y excluyente, a culminar necesariamente en algún tipo de diploma.
- Incorporar y articular las ciencias sociales, económicas, políticas y educativas, junto con las de salud, en una perspectiva de interdisciplinaridad y transdisciplinaridad.

- Mantener y fortalecer las relaciones interinstitucionales así establecidas, para avanzar en nuevas estrategias conjuntas de orientación de la formación en este campo. Para ello, se propone la definición de un plan de acción orientado a superar los problemas identificados, que, con eje en AESPA y con el apoyo de la OPS, se extienda al conjunto de las instituciones participantes.
- Fortalecer la capacidad de investigación científica de las instituciones formadoras, a través de actividades orientadas al desarrollo metodológico de los grupos de investigación y a la realización de reuniones para analizar y definir los problemas relevantes.
- Construir un banco de datos con la información relevada, a fin de mantenerla actualizada, y producir anualmente un catálogo de propuestas educativas.
- Acompañar activamente el proceso de reflexión y producción de nuevos enfoques iniciado por la OPS como análisis de la teoría y práctica de la salud pública, subrayando la necesidad de que trascienda lo más pronto posible a las realidades nacionales y locales como medio de impulsar el debate sobre el cambio. Se propone la posibilidad de promover en el interior de AESPA y con la participación de otras instituciones, la formación de grupos de reflexión y discusión sobre las cuestiones críticas de la teoría y la práctica de la salud pública, las cuestiones fundamentales del debate político y económico sobre salud, y el análisis crítico de propuestas.

RESEÑA DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA

*Enrique Stein**

Consideraciones generales

a) Se trata de un primer relevamiento exploratorio, descriptivo, cuyo propósito es identificar las tendencias generales de la formación de posgrado en salud pública, administración de servicios y áreas relacionadas.

b) En este escrito se resumen los primeros elementos cuantitativos para ayudar a caracterizar el panorama actual.

c) El instrumento utilizado es una encuesta, cuyos diferentes puntos fueron previamente discutidos por AESPA y OPS. Fue realizada mayormente por medio de encuentros personales en los lugares donde se aplican los programas (45 entrevistas sobre 51 instituciones).

Los objetivos de la encuesta son:

1) Construir una base de datos que pueda ser alimentada con la información de los mismos protagonistas encargados de la formación de posgrado.

2) Identificar líneas y áreas críticas y fuentes de información para completar un cuadro más analítico del proceso de formación de posgrado.

3) Sugerir cursos de acción para generar cambios en el enfoque actual.

I. En primer lugar, se definieron conceptos operacionales para caracterizar: 1) salud pública; 2) administración de salud; y 3) orientaciones más específicas en esos campos (cuadro 1).

II. Se agruparon las instituciones encuestadas (51), públicas o privadas, de la siguiente manera:

1. Escuelas de Salud Pública universitarias (Escuela de Salud Pública de Buenos Aires —ESPUBA—, Escuela de Salud Pública de Córdoba, Escuela Sanidad Santa Fe, Escuela del Salvador), y no universitarias (Escuela Superior Sanidad) dependientes del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

No fueron incluidas aún en este rubro la Escuela de Salud Públi-

* Médico. Profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires.

Cuadro 1. Definiciones operacionales

1. Salud pública: Diplomado en salud pública. Especialistas, maestrías	
2. Administración de salud: curso de administración	
3. Orientaciones	3.1 Epidemiología 3.2 Ciencias sociales 3.3 Trabajo 3.4 Salud ambiental 3.5 Seguridad social 3.6 Recursos físicos

ca del Ministerio de Salud de Misiones (que ya tiene director organizador) y la Escuela de Salud Pública de Tierra del Fuego (creada por resolución de la Subsecretaría de Salud).

2. Unidades académicas universitarias de ciencias de la salud; por ejemplo, las cátedras de Medicina Preventiva y Social de algunas facultades, los institutos universitarios (como el Instituto Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Comahue), Instituto de Estudios Avanzados en Administración de Salud (Universidad Maimónides), etcétera.

3. Unidades académicas universitarias que no son de ciencias de la salud; por ejemplo: Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional de Cuyo, Instituto de Investigación en Administración Pública (Universidad Nacional de Córdoba), Centro de Investigación de Recursos Físicos en Salud (CIRFS), etcétera.

4. Ministerios/Secretarías de provincias que realizan cursos de Administración de Servicios de Salud, más el Instituto Nacional de Epidemiología (INE) de Mar del Plata.

5. Entidades gremiales o colegiadas; por ejemplo: Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), colegios médicos, Sociedad de Medicina Rural del Neuquén, etcétera.

6. Internacionales/Intergubernamentales; por ejemplo: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Facultad Latinoamericana de Ciencias del Ambiente (FLACAM).

7. Otros privados, tales como, Sociedad Argentina de Administración de Servicios de Salud, Medicina y Sociedad, Fundación Sí-Salud (Mendoza), etcétera.

Cuadro 2. Instituciones

Instituciones		Públicas	Privadas	Total	
Esc. de Salud Públ.	Universitarias	3	1	4	} 31,4%
	No universit.	1	-	1	
Unidades académicas universitarias de ciencias de la salud		8	3	11	} (15,7%)
Unidades académicas universitarias que no son de ciencias de la salud		8	-	8	
Instituciones oficiales (Ministerios/ Secretarías)	Provinciales	11	-	11 (21,6%)	}
	Nacionales	1	-	1	
Entidades gremiales o colegiadas		-	9	9 (17,6%)	} 52,9%
Intergubernamentales/Internacionales		2	-	2	
Otros		1	3	4	}
TOTAL		35	16	51	

Como se observa en el cuadro 2, el 31,4% son instituciones académicas de salud, el 15,7%, académicas no de salud, y el 52,9%, no académicas.

III. Los programas (cursos) que llevan a cabo las instituciones encuestadas suman 76, pero, como muestra el cuadro 3, actualmente solo están en ejecución 57. La diferencia surge porque entre los programados hay proyectadas algunas maestrías, o magisters, que están en proceso de aprobación institucional y de organización (ejemplo: Universidad Maimónides para 1992, Magister en Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Comahue, Magister en Salud Pública, Universidad Nacional de Tucumán, Maestría en Salud Pública, Universidad Nacional de Buenos Aires, etcétera). El cuadro revela que las instituciones académicas de la salud tienen a su cargo el 35% de los programas, las unidades académicas que no son de salud, el 16%, el 14% los ministerios, 21% las entidades gremiales, etc., lo que indica una fuerte presencia extra académica en la formación de posgrado.

Si analizamos los cursos programados en relación con la carga horaria (400-600/600-1200/+1200), observamos en el cuadro 4 que el 46% de los cursos insumen de 400 a 600 horas, el 26% de 600 a 1200 y el 28% restante de más de 1200 horas. La diferencia observada en la

Cuadro 3. Cursos programados - Cursos en actividad

Instituciones		Cursos programados 1990-1991	En actividad 1991
Esc. de Salud Públ.	Universitarias	12	9
	No universit.	2	1
Unidades académicas universitarias de ciencias de la salud		19	10
Unidades académicas universitarias que no son de ciencias de la salud		11	9 (16%)
Instituciones ofi- ciales (Ministerios/ Secretarías)	Provinciales	11	8 (14%)
	Nacionales	2	2
Entidades gremiales o colegiadas		12	12 (21%)
Intergubernamentales/Internacionales		3	2
Otros		4	4
TOTAL		76	57

Cuadro 4. Cursos programados, en actividad según carga horaria

Instituciones		400-600		600-1200		+ 1200	
Escuelas de Salud Pública	Universitarias No universitarias	Prog.	Act.	Prog.	Act.	Prog.	Act.
		6	4	5	4	4	3
		1	-	1	1	-	-
Unidades académicas universitarias de ciencias de la salud		7	4	2	1	9	5
Unidades académicas universitarias que no son de ciencias de la salud		3	3	2	2	6	4
Instituciones ofi- ciales (Ministe- rios/Secretarías)	Provinciales	7	4	3	3	1	1
	Nacionales	2	2	-	-	-	-
Entidades gremiales o colegiadas		7	5	2	2	1	1
Intergubernamentales/ Internacionales		2	1	-	-	1	1
Otros		2	2	1	1	-	-
TOTAL		37	25	16	14	22	15
%			46		26		28

columna 400-600 entre los 37 cursos preexistentes y los 25 en ejecución obedece a que se suspendieron cursos en varias provincias (Tucumán, Chaco, Salta, La Pampa), en cátedras de Medicina Preventiva como la de la Universidad Nacional de Rosario, en la COMRA y otros colegios médicos, en la maestría de FLACSO (Gral. Roca), etcétera.

En el caso de los cursos de más de 1200 horas, la diferencia está en las maestrías aprobadas por instituciones pero que aún no están en desarrollo (IUCS, Catamarca, Maimónides, Universidad Católica de Buenos Aires, Centro de Estudios Avanzados de la Universidad de Buenos Aires, Magister Tucumán, Universidad Nacional de Tucumán, etc.).

IV. Como se observa en el cuadro 5, egresaron en total en 1990, 1528 alumnos, de los cuales el 71% lo hizo de instituciones no académicas. Ese alto porcentaje relativo al total de cursantes respecto a las entidades académicas se mantiene aproximadamente (con leve descenso) en el número de alumnos que cursan en 1991 (total 1708, 63%). Dos cuestiones se destacan en este cuadro: se mantiene cercano el número del aumento 90-91 en las unidades académicas de salud (27% egresan en 1990, 23% cursan en 1991), pero se incre-

Cuadro 5. Alumnos

Instituciones		Cursan 91		Egres. 90		% de alumnos		
		Nº	%	Nº	%	con cupo	con beca	regulares
Escuelas de Salud Pública	Universitarias	173	10	175	11	100	30	90
	No universitarias	67	4	38	2	100	30	—
Unidades académicas universitarias de ciencias de la salud		167	9	200	13	80	10	90
Unidades académicas universitarias que no son de ciencias de la salud		238	14	16	1	15	10	45
Instituciones oficiales (Ministerios/Secretarías)	Provinciales	365	21,5	479	31	95	40	40
	Nacionales	123	7,2	153	10	0	0	0
Entidades gremiales o colegiadas		258	15	250	16	100	10	100
Intergubernamentales/Internacionales		57	3,3	45	3	100	20	100
Otros		260	16	172	11	100	50	100
TOTAL		1708	100	1528	100	—	—	—

menta el número de alumnos en unidades académicas que no son de salud (ejemplo, en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional de Cuyo) y otras de iniciativa privada con apoyo ministerial, como la Fundación Sí Salud de Mendoza.

La disminución de cursos de Administración en Servicios de Salud en algunas provincias se expresa en la reducción de cursantes (365 en 1991, respecto de 479 egresados en 1990) que abre la posibilidad de que los egresados 1991 sean aún menos que los del año pasado. Las entidades gremiales o colegiadas mantienen un caudal que ronda el 15-16% del total de alumnos cursantes.

La absoluta mayoría de los cursos tienen cupo (algunos como los Magister en Gestión Administrativa de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional de Cuyo admiten todos los alumnos para cursar en dos o tres años); esta característica se da en los cursos que asignan créditos.

Las becas no son importantes (varían de 10 a 50% de becados), pero en el caso de algunos cursos provinciales (u organizados con apoyo ministerial), la beca consiste en considerar la capacitación en horario de trabajo y abonar los salarios normalmente.

La encuesta revela que más del 60% de los alumnos cursantes tienen su procedencia institucional en el sistema público provincial, situación que varía según la institución formadora, el curso, la provincia, etcétera.

V. Los docentes han sido agrupados en propios (de las plantas permanentes de personal de las instituciones) e invitados. Sobre 917, el 42% (387) son de planta permanente (de los cuales 140 son jefes de trabajos prácticos) (cuadro 6). Es notable observar que el soporte docente de los cursos de instituciones no académicas lo constituye el 74% del total de los invitados.

Si vemos la relación propios/invitados en las unidades de ciencias de la salud, el 37% son invitados; en cambio, en el resto de los cursos la cifra asciende al 72% (395 de 543). Esto abre interrogantes sobre el tipo de relación docente/alumno que caracteriza a los cursos. Si analizamos el régimen de dedicación, 12 son de exclusiva, 56 de semiexclusiva y 140 de simple (solo consideramos los docentes afectados a tareas de posgrado). Allí donde el dato no fue registrado, o donde se puso en la encuesta la planta completa de docentes de pre y posgrado, se hizo una estimación.

En cuanto a la categoría docente, hay 33 titulares, 18 asociados, 15 adjuntos, 140 jefes de trabajos prácticos, y otros, 70. Se señala que muchos jefes de trabajos prácticos han asumido en la práctica

Cuadro 6. Docentes

Instituciones		Docentes propios		Docentes invitados	
		Número	%	Número	%
Escuelas de Salud Pública	Universitarias	87	59	49	37
	No universitarias	10		10	
Unidades académicas universitarias de ciencias de la salud		142		76	
Unidades académicas universitarias que no son de ciencias de la salud		50		54	63
Instituciones oficiales (Ministerios/Secretarías)	Provinciales	13		150	
	Nacionales	10	41	3	
Entidades gremiales o colegiadas		60		93	
Intergubernamentales/Internacionales		15		45	
Otros		—		50	
TOTAL		387 (*)	100	530	100

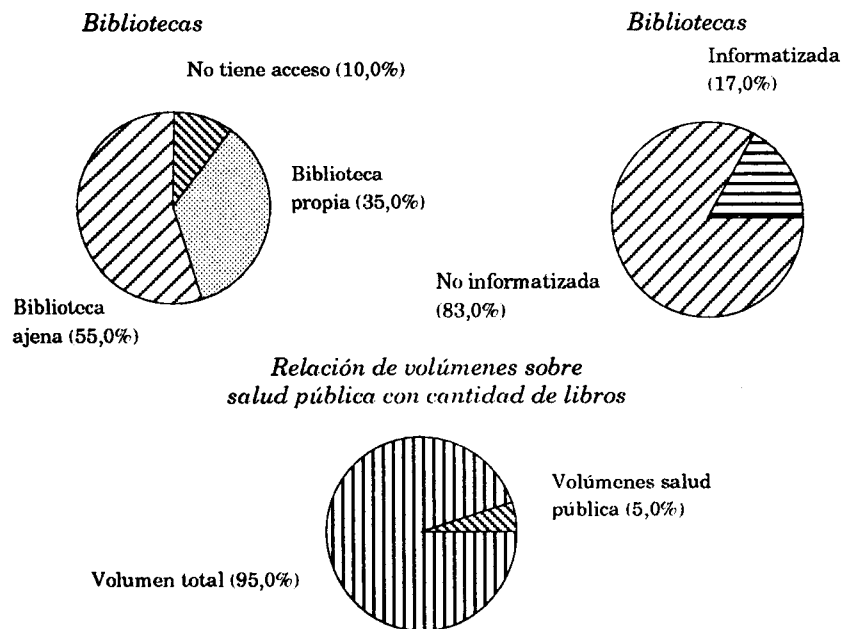
(*) 120 jefes de trabajos prácticos.

responsabilidades de adjuntos o más significativas, por cuanto no se “regularizaron” o no hay concursos en varias unidades académicas afectadas al posgrado en salud. La encuesta base incluye otros ítems que aquí no se detallan.

Se podría establecer una relación de número de docentes y número de alumnos por programa, lo que revela por ejemplo que 239 docentes de unidades académicas de ciencias de la salud tienen a cargo 407 alumnos, mientras que 543 docentes están a cargo de 1301 alumnos. Esto no abre juicio sobre la relación cualitativa docente/alumno, debiendo evaluarse la calidad en todos los términos de esa relación, y tratar de hacerlo en particular, según cada programa y los objetivos educacionales que se propone.

VI. En el gráfico 1 se observan algunos datos de la infraestructura de apoyo académico para sus programas. Vemos que solo el 35% de las instituciones encuestadas tiene biblioteca propia, y el 10% ni siquiera tiene acceso a una biblioteca ajena. Además, esas bibliotecas tienen, entre otros, dos problemas más:

Gráfico 1



a) solo 17% de ellas están informatizadas (y muy pocas conectadas a redes de información), y

b) los volúmenes sobre salud pública que contienen oscilan entre 1 y 10% del total, considerando de salud pública aquellas obras que incluyen economía, demografía, salud ambiental, sociología, etcétera.

VII. En el tema investigaciones la situación es crítica. Definimos como investigación, a la que haya utilizado un protocolo (proyecto) sujeto a evaluación externa, lo cual permitiría establecer comparaciones con las de otros países, sin desconocer que existen trabajos importantes tutorados por docentes destacados, o centenares de monografías de cursos de administración que pueden ser considerados como investigaciones de la realidad local, de mayor o menor calidad; se trató de incorporar por lo menos el listado de todos esos trabajos para alimentar la base de datos de esa producción científica.

Los datos cuantitativos (referidos a investigaciones en los últimos cinco años) revelan escasas investigaciones, y allí donde se ven con mayor cantidad, están concentradas en dos o tres instituciones (cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria, UBA, CIRFS-UBA, Hospital Fernández, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, algunas en las maestrías de FLACSO).

Cuadro 7. Investigaciones

Instituciones		Realizadas	Programadas
Escuelas de Salud Pública	Universitarias	3	3
	No universitarias	—	—
Unidades académicas universitarias de ciencias de la salud		55	32
Unidades académicas universitarias que no son de ciencias de la salud		28	14
Instituciones oficiales (Ministerios/Secretarías)	Provinciales	30 (*)	17 (*)
	Nacionales	(*)	(*)
Entidades gremiales o colegiadas		1	4
Intergubernamentales/ Internacionales		6	—
Otros		9	2
TOTAL		132	72

(*) Solo Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

(*) Falta información.

El cuadro 7 señala que están programadas (en su mayoría, en curso), 72 investigaciones en salud pública; disponemos de información para hacer un análisis en particular de esas investigaciones.

VIII. Por último, a criterio de los encuestados el orden de las prioridades en el futuro debe ser el siguiente (cuadro 8):

1. Teoría y metodología epidemiológicas.
2. Análisis de la situación de tendencias en salud.
3. Salud ambiental.
4. Desarrollo de recursos humanos.
5. Planeamiento estratégico/administración de servicios médicos.

La respuesta sobre cuál es hoy la prioridad pareció responder más a la importancia/urgencia actual del área crítica con este orden:

1. Desarrollo de recursos humanos/administración de personal
2. Economía de la salud.
3. Administración de servicios médicos.
4. Demografía.
5. Teoría, metodología epidemiológica y análisis de tendencias.

Sobre los grupos actuales (en números absolutos para cada uno)

Cuadro 8. Orden de prioridades

	Prioridad		Grupos actuales
	es	debe ser	
Demografía y análisis de la población	4		6
Teoría y metodología epidemiológicas	5	1	9
Epidemiología clínica			9
Análisis de la situación de salud y sus tendencias	5	2	9
Metodología de la investigación científica			8
Epistemología			5
Teoría de los sistemas			2
Historia de la salud pública			2
Bioética			4
Medicina laboral			5
Seguridad social			7
Salud ocupacional			5
Desarrollo de recursos humanos	1	4	9
Administración de personal	1		3
Economía de la salud	2		4
Planeamiento estratégico		5	3
Administración de servicios médicos	3	5	8
Salud ambiental		3	7
Recursos físicos en salud			
Políticas en salud			
Administración y planificación			4
Modelos alternativos			1

se observa que, en algunos casos, más que grupos parecen ser personas que trabajan en el tema. Habrá que profundizar este análisis.

Queda un cúmulo de información para procesar, y valdría la pena encarar un trabajo grupal, a fin de elaborar, en un primer momento, la estructura para el banco de datos que se está construyendo.

UNA MIRADA CRITICA SOBRE EL PANORAMA ACTUAL DE LA FORMACION DE POSGRADO EN SALUD PUBLICA

*José Roberto Ferreira**

Durante las dos últimas décadas, el crecimiento acelerado de la educación médica polarizó la preocupación de las autoridades y se dedicó poca atención a la evolución de la formación en salud pública. La existencia de un número pequeño de escuelas y la idea de que los posgrados de medicina preventiva estarían más orientados a la formación docente, permitiría considerar este campo como de poco desarrollo tanto cuantitativo como cualitativo. Ello explica que, en varias ocasiones, el señalamiento de la carencia de personal capacitado en esta área haya llevado al propio sector salud a promover el establecimiento de nuevos cursos, en general orientados a aspectos operativos de los servicios.

Sin embargo, en el relevamiento hecho por la Organización Panamericana de la Salud en el inicio de la década pasada, ya fue posible observar la existencia de alrededor de 80 programas de adiestramiento en toda Latinoamérica, con la agravante, que se pudo detectar en aquel entonces, de una gran disparidad entre los cursos (tanto en la orientación como en la calidad), que contaban con recursos usualmente limitados y de capacidad muy variable.

Ahora, con el estudio realizado en la Argentina, y que será presentado en esta reunión, nos sorprendemos con un número de iniciativas docentes que, solo en este país, prácticamente iguala a lo que pensamos existe en toda la región. Esta observación, tomada en el contexto de las transformaciones que se están promoviendo en los servicios de salud, representa una llamada de atención para que se revise más detalladamente este campo.

En tal sentido, mi ponencia en esta oportunidad no pretende agotar el asunto, sino introducirlo para su desarrollo posterior, eventualmente con la realización en los demás países de América Latina de estudios como el que se acaba de llevar a cabo en la Argentina.

Breve reseña histórica

Reconociendo *a priori* el riesgo de eventuales omisiones por desconocimiento o carencia de información sobre todos los países de la

* Coordinador del Programa Regional de Desarrollo de Recursos Humanos OPS/OMS. Washington.

región, admitimos que la enseñanza de higiene y salud pública se inició en América Latina en 1908, por iniciativa de Osvaldo Cruz en Manguíños, quien organizó un programa de capacitación para control de las enfermedades transmisibles, de 10 meses de duración, que se mantuvo anualmente hasta 1924.

Sin embargo, la formalización de las escuelas de salud pública en la región solo tuvo lugar a comienzos de la década de 1920, casi simultáneamente en San Pablo, en 1919, y Ciudad de México, en 1922, y en ambos casos bajo el patrocinio de la Fundación Rockefeller.

El hecho de que esto haya ocurrido a solo tres años de la creación de la primera escuela de salud pública en los Estados Unidos —la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins—, y bajo la misma influencia de la Fundación Rockefeller, indica que puede ser útil retroceder un poco en la historia tomando los fundamentos que dieron origen a esta iniciativa, así como el marco general que orientó la conformación de esta área de enseñanza.

A propósito, se ha publicado recientemente un libro titulado *Disease and discovery*, escrito por Elizabeth Fee, que analiza con amplio detalle cómo se gestó la Escuela de la Universidad Johns Hopkins y cómo se formuló su base conceptual y se definieron objetivos y contenidos a partir de una competencia en la que se plantearon enfoques significativamente diferentes.

La iniciativa norteamericana tuvo su origen en una gestión realizada entre el Consejo de Salud Internacional y el Consejo General de Educación de la Fundación Rockefeller, que acordaron la posibilidad de desarrollar en una universidad seleccionada un programa para la formación de oficiales de salud pública que combine medicina, ingeniería y otros elementos, en una carrera independiente.

Entre las universidades consideradas y que llegaron a desarrollar propuestas específicas se incluían tres enfoques distintos:

- La Universidad de Harvard, que ya contaba con un programa de oficiales de salud en cooperación con el Instituto de Tecnología de Massachusetts dirigido por Rosenan, impulsaba el desarrollo de un curso con predominio de la ingeniería sanitaria y orientado a la higiene industrial, la mortalidad infantil y la inspección escolar.

- La Universidad de Columbia implementaba una propuesta elaborada por Seligman, profesor de ciencias políticas, que destacaba la importancia de las ciencias sociales y de la economía política, asignando un papel secundario a los aspectos médicos y sanitarios.

- La Universidad Johns Hopkins —que tenía el prestigio de haber sido tomada por Flexner, cinco años antes, como el modelo para el desarrollo de la educación médica—, aplicaba una propuesta de

Welch, profesor de patología que optó por un enfoque biomédico, más orientado a la investigación científica y con énfasis en la estadística, la epidemiología y la bacteriología, y posibilidad de acceso a un hospital docente para el estudio de la medicina preventiva.

Es interesante señalar que la decisión final que favoreció a Hopkins fue tomada por el mismo Abraham Flexner, quien también había aprobado el modelo de formación médica dominante centrado en la investigación biomédica y en el cuidado hospitalario. Ya en sus orígenes, la salud pública surgía en América en estrecha conexión con el modelo médico, y quizá se podría admitir que otros habrían sido su orientación y desarrollo si la opción hubiese favorecido a Harvard o a Columbia.

Desarrollo de las áreas de salud pública y medicina preventiva en Latinoamérica

Con base en el modelo de Welch, se establecieron prácticamente todas las escuelas de salud pública de los Estados Unidos —que hoy son 24—, y las 10 primeras de América Latina.

En un principio, la salud pública presentaba mayor eficacia que la medicina individual y tenía más estatus y vitalidad, lo cual le permitió ubicarse, a nivel de posgrado, con una modalidad de organización más autónoma. Sin embargo, en la posguerra inmediata, el rápido desarrollo de la medicina crea las condiciones para que esta trate de reapropiarse de dicho campo disciplinario, lo que ocurre mediante la conformación de los departamentos de medicina preventiva y social, que ponen énfasis en el estudio de la historia natural de las enfermedades, y el establecimiento de la corriente preventivista en el ámbito de las clínicas.

En los años cincuenta, con la realización de la Conferencia de Colorado Springs, esta tendencia se refuerza, y se transfiere a América Latina por iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud, que promueve, respectivamente en 1955 y 1956, las conferencias de Viña del Mar (Chile) y de Tehuacán (México). A partir de estos eventos, no solo se generaliza la enseñanza de medicina preventiva en el pregrado, sino que también se inicia la promoción de cursos de posgrado, que hoy suman más de 20 en Latinoamérica.

En el nivel de las universidades, estos cursos de posgrado tenían en muchos casos una situación privilegiada en comparación con las escuelas de salud pública, ya que contaban con recursos y con un cuerpo de profesores permanentes y más especializados, que a veces tenían dedicación integral a la institución. Ello permitió que

varios de los cursos mencionados se destacasen en la formación en salud pública, con una base más sólida en la investigación y el desarrollo de programas a nivel de maestría y doctorado.

También en la década del cincuenta se desarrollan los programas de formación en administración de salud, fundamentalmente orientados en una primera fase a la capacitación de administradores hospitalarios, que posteriormente, en América Latina, dan más prioridad a la planificación de la salud. El vínculo de estos programas con la corporación médica en crecimiento acelerado y dotada de gran poder económico, les dio mayor significado, hecho que fue bien capitalizado en los Estados Unidos de América por la asociación que los congrega: la Asociación de Profesores Universitarios de Administración de Hospitales, más conocida por la sigla en inglés: AUPHA.

También esta modalidad fue exportada a América Latina, esta vez gracias a la inspiración y el apoyo financiero de la Fundación Kellogg y con la participación de la Organización Panamericana de la Salud. En general estos programas se gestaron en nuestro medio en virtud de la asociación de alguna escuela de administración pública o de negocios con una institución orientada a la formación en salud, partiéndose del principio de que se había desarrollado con más dinamismo la moderna administración en estas instituciones que en las tradicionales escuelas de salud pública.

Así se constituyeron los PROASAS (Programas Regionales de Adiestramiento en Administración de Servicios de Salud), con excepción del de Argentina, que tuvo su origen en la Facultad de Arquitectura. En gran medida, esta corriente se reforzó en los años más recientes debido a la preocupación, bastante generalizada en el sector salud, de promover la mejoría de su capacidad gerencial, aunque con carácter esencialmente eficientista, manejando salud y enfermedad como administración de negocios, al margen de la inteligencia del proceso que debería estar representada por la base epidemiológica.

A este esfuerzo se suman no solo las instituciones tradicionalmente dedicadas a la enseñanza de la salud pública, sino también otros centros destacados en el campo de la administración pública y de estudios superiores, como la Fundación Getulio Vargas, en Brasil, la FLAXO en algunas de sus sedes nacionales, el INCAP en Centroamérica, el CENDEISS en Costa Rica, y varias otras escuelas de administración.

Estas actividades se diversificaron en varios tipos de programas docentes, que incluían desde cursos de corta duración sobre aspectos netamente operativos, organizados por secretarías de salud a nivel nacional o departamental, hasta programas formales de posgrado académico que ofrecían maestrías en administración de salud.

Dos orientaciones más recientes

En el inicio de la década de 1971-1980 surge en América Latina una nueva orientación, que si bien encuentra puntos de contacto con unos pocos intelectuales de los Estados Unidos y algunos grupos progresistas europeos, asume un carácter autóctono en nuestro medio, en la medida en que logra formalizarse en programas académicos de posgrado por lo menos en tres países de la región. Me refiero a la corriente de pensamiento que se desarrolló como contestación crítica a la salud pública dominante, tratando de legitimar la medicina social como un campo disciplinario. La iniciativa contó en nuestro medio con la firme determinación y apoyo de un funcionario de la OPS, Juan César García —que ya no está con nosotros—, promotor y organizador en 1973 de la reunión de Cuenca, marco fundamental del proyecto.

En Brasil, México y Ecuador esta propuesta permitió el establecimiento de tres maestrías en medicina social, que hasta hoy se encuentran en pleno funcionamiento y que aparentemente presentan indicios de expansión, con iniciativas potenciales que se están discutiendo en Chile, en Venezuela y en la Argentina. Estas maestrías dan a la investigación un peso mayor que los cursos antes mencionados, explorando un mejor entendimiento de las articulaciones entre salud y estructura social, e introduciendo categorías alternativas de análisis tales como trabajo, proceso de trabajo, reproducción social y clases sociales, entre otras.

En el Brasil se registra otra modalidad de posgrado, promovida por la seguridad social, consistente en una “residencia en salud colectiva”, que se desarrolla en forma paralela al sistema de residencias clínicas de base hospitalaria. Estos programas de posgrado intentan establecer un puente entre el modelo médico asistencial y la extensión comunitaria de la seguridad social, actuando en las dos vertientes, desde la participación en sistemas de auditoría médica y análisis de la calidad de la atención, hasta la ejecución de programas de prevención y promoción de la salud.

Somero análisis crítico del panorama actual

La evolución temporal de los programas de formación en salud pública y la propia configuración de cada una de las modalidades referidas corresponde, en términos generales, a los estadios o fases descriptos internacionalmente: a partir de un énfasis u orientación

predominantemente sanitaria, avanzan hacia la prevención, priorizan luego la administración de servicios de salud, para llegar, por último, a la incorporación de las ciencias sociales.

Esta afirmación, que se refiere a la evolución de todo el proceso, considerando la totalidad de los programas de formación, no tiene validez cuando se considera aisladamente cada uno de los programas. En general, cada programa mantuvo a través de los años la tendencia u orientación con que fue iniciado. Ello, desde luego, es indicativo de una gran rigidez programática y refleja, también, la poca articulación con la realidad social y con las políticas y prácticas de salud.

Esta consideración adquiere aún mayor importancia en el contexto de la crisis y del ajuste neoliberal, porque las restricciones que se les impone a los sectores sociales pueden agravar los problemas sanitarios y generar otros nuevos. La identificación de estos problemas y la búsqueda de las respuestas o soluciones más adecuadas constituyen un verdadero desafío.

En principio, cabe considerar que son las mismas instituciones que tienen a su cargo la formación superior en su más alto grado, las que deberían responsabilizarse por la producción de conocimiento y desarrollo científico, investigando la realidad concreta en la que tienen que actuar. El impacto de la crisis se hace sentir, en muchos casos, en las propias escuelas, que tienen severas restricciones presupuestarias, profesores mal remunerados y, en algunos casos, no remunerados, aulas, laboratorios y equipos deteriorados, y fuertes limitaciones en la utilización de los campos de práctica. La posibilidad de promover investigación, o el acceso a la información actualizada a través del recurso bibliográfico, se ven reducidos a su mínima expresión.

En cuanto a la programación docente, vale la pena resaltar dos tipos de problemas, que tienen que ver con la superposición de actividades docentes de posgrado con otras que mantiene la institución. En el primer caso, el problema predomina en los departamentos de medicina preventiva que tienen que compatibilizar la actividad de las maestrías en salud pública con la enseñanza que desarrollan a nivel de pregrado, a veces con grandes contingentes de alumnos. En el segundo caso, más específico de algunas escuelas de salud pública, se trata de la no diferenciación entre los programas de capacitación para el trabajo y los de formación superior. Algunas escuelas todavía insisten en ofrecer una gran multiplicidad de cursillos de carácter operativo paralelamente a los cursos de especialización y a veces hasta a los de maestría. En principio, esta dualidad funcional

favorece el predominio de la cantidad sobre la calidad. La solución adoptada con éxito en algunos contextos ha sido la regionalización de los cursos, con la promoción de capacitación en unidades descentralizadas, usualmente bajo la responsabilidad local, del nivel provincial, y con el apoyo técnico del nivel central.

Asimismo, en el intento de tornar más clara esta diferenciación de niveles, en la Organización hemos promovido la distinción entre lo que se podría llamar el liderazgo institucional —que resulta del esfuerzo orientado a la capacitación gerencial— y el liderazgo sectorial como un nuevo enfoque interdisciplinario de interpretación del contexto social, que permita en un nivel “macro” influenciar sobre las decisiones políticas en un ámbito más abarcativo. En cuanto al primero, se podría desarrollar en la periferia del sistema, a través de programas descentralizados; el segundo necesariamente demandaría recursos del nivel central, con mayor diversificación de campos de conocimiento y apoyo para el desarrollo de investigación.

De todo lo considerado, es necesario destacar, en el mismo contexto de las marcadas diferencias entre los diversos tipos de programas docentes y en la orientación de los cursos, una gran disparidad en el grado de desarrollo y disponibilidad de recursos entre las diferentes instituciones que actúan en este campo.

Los posgrados académicos presentan más uniformidad en este particular, en la medida en que la oferta de un curso de maestría en el nivel universitario presupone el cumplimiento de una serie de requisitos que aseguren la cualidad de la iniciativa. En cambio, para las escuelas de salud pública, las discrepancias son más acentuadas, incluyendo ciertas situaciones que ponen en duda la propia validez de los programas, con alto grado de improvisación y baja calidad científica.

Sin embargo, hay que hacer justicia a unas pocas escuelas que han logrado mantener su proceso de desarrollo, a pesar de la crisis, buscando no solo recursos extrapresupuestarios, sino reajustando su papel de manera de poder ofrecer un apoyo más diversificado a los sistemas de salud y con ello obtener el financiamiento para sus programas prioritarios. Dos de estas escuelas han logrado expandir sus cuadros docentes y mantener la formación avanzada de su personal, apoyando importantes programas de investigación, integrados en el contexto de las reformas sanitarias en curso en sus respectivos países.

No analizaremos aquí los aspectos relativos a los contenidos de los respectivos currículos. Varias de las presentaciones siguientes abordarán el tema, seguramente con más propiedad y mejor información. En especial, el Dr. Luis Ruiz, también de la OPS, examinará

en la tarde una propuesta de análisis de la teoría y práctica de la salud pública que está centrada en la consideración de la crisis en que se encuentra la propia salud pública y la revisión de la problemática que debe constituir su objeto fundamental. Obviamente, en este análisis de su quehacer y del conocimiento que lo respalda surgirán posibilidades mucho más ricas para profundizar la discusión sobre los contenidos a considerar en la formación de posgrado en este campo.

Para terminar, quiero plantear un aspecto de suma importancia para las escuelas de salud pública, que tiene que ver con la omisión en la mayoría de los programas formativos de una consideración adecuada y suficiente respecto del desarrollo de los recursos humanos, capítulo en el cual, en último análisis, está incluida la propia formación en salud pública. En efecto, en general la comunidad de salud pública, los responsables de la conducción del sector, no perciben la fuerza de trabajo como una prioridad para el funcionamiento de los servicios. Se acepta que la sola existencia de personal adecuadamente capacitado no garantiza la solución de todos los problemas, pero no se da importancia al hecho de que sin este personal la tarea resulta imposible.

Es obvio que la escuela de salud pública termina por ser víctima de esta misma consideración, en la medida en que su "quehacer" fundamentalmente alcanza a afectar el funcionamiento de los servicios a través del recurso humano que forma. Cabe a estas instituciones la preocupación por estudiar el problema, tomándolo como tema prioritario de investigación y ofreciendo al personal que capacitan una base sólida para el entendimiento de aspectos tales como la dinámica de la fuerza de trabajo, el estudio de las funciones productivas y la sociología de las profesiones, entre otros. En realidad, se podría considerar que los recursos humanos que forman las escuelas de salud pública no van a estar adentro de los servicios de salud, sino que ellos mismos constituirán los servicios.

Esta ha sido una revisión somera que, en el contexto de esta reunión, me ha resultado muy útil, por convencerme de la necesidad de retomar el tema, y como señalé anteriormente, de tratar de impulsar en toda América Latina un estudio como el que ustedes acaban de realizar y que hoy será analizado en este plenario. Muchas gracias a todos.

**LA DOCENCIA EN SALUD PÚBLICA EN LA ARGENTINA.
ANÁLISIS DE SU EVOLUCIÓN Y PERSPECTIVA SOCIAL**

*Abraam Sonis**

**Docencia en salud pública.
Caracterización y evolución**

La evolución de la docencia en salud pública —o cualquier otra denominación que se le quiera dar— no puede analizarse como una actividad aislada sino como parte de la salud pública misma y, como tal, inserta en el contexto histórico-social respectivo en función de los factores políticos, culturales, económicos, científicos, educativos, etcétera, que caracterizan cada momento de su desarrollo.

Establecido este orden lógico que vincula la docencia en salud pública con la actividad sanitaria y ubica a esta en el contexto de la realidad social y de la historia, es posible fijar una especie de patrón, de modelo de desarrollo verificable en casi la totalidad de los países. En el proceso que nos ocupa, podría afirmarse que las vicisitudes propias de cada país han actuado en forma coyuntural, favoreciendo u obstruyendo su desarrollo en algún momento, u orientando circunstancialmente alguna instancia particular, pero siguiendo en sus líneas directrices, en sus tendencias y aun en sus conflictos, el patrón y la orientación general que permiten señalar una línea de características comunes.

Esta visión panorámica nos permite identificar en casi todos los países una serie de etapas que se suceden sistemáticamente, aunque en distintos momentos históricos. Así, en una etapa que podríamos llamar preparatoria, surgen cursos más o menos formales en universidades, ministerios de salud, institutos o laboratorios sobre higiene, control de enfermedades infecciosas, transmisibles o tropicales, saneamiento ambiental, etcétera, en respuesta a las necesidades de personal que demandaban las crecientes actividades en salud pública.

Estas actividades docentes que se generan en las últimas décadas del siglo XIX se orientan de acuerdo con dos modelos: el alemán, basado en los institutos de investigación —dependientes o no de las universidades— que hicieron posible las grandes adquisiciones bacteriológicas, físicas, químicas e inmunológicas que cambiaron el

* Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Maimónides, Buenos Aires, Argentina.

panorama sanitario de los países en pleno desarrollo industrial, o el modelo inglés. Este último tenía como objetivo la capacitación de los médicos oficiales de sanidad que en las distintas comunidades eran los responsables de los programas de salud pública, basados fundamentalmente en inmunizaciones y saneamiento ambiental. El modelo alemán tendía a la generación de conocimientos; el inglés, a la aplicación de estos conocimientos para la solución de problemas concretos mediante una adecuada administración. Es útil señalar esta división ya que, bajo distintas características y modalidades, ha reaparecido en numerosas oportunidades en la trayectoria de las escuelas de salud pública, y muchas veces en forma conflictiva y excluyente.

En la historia de la docencia en salud pública, esta primera etapa desemboca en la creación de lo que se denomina habitualmente escuela de salud pública o algún tipo de institución que desempeña este papel, por ejemplo, una cátedra de higiene o de medicina preventiva de una facultad de medicina que asume responsabilidades de posgrado. El paso de una etapa a otra y los conflictos de diversa índole subyacentes en el área son claramente identificables en la creación de las primeras escuelas, cuyo modelo se extendería por todo el mundo, comenzando por la Escuela Johns Hopkins, cuya denominación de Escuela de Higiene y Salud Pública señalaba el compromiso entre ambas tendencias como resultado de la negociación entre los partidarios de cada una de estas concepciones.

La tercera etapa en el desarrollo de las escuelas de salud pública —asociada con los primeros años de su creación— podría denominarse la etapa de “la expansión y la satisfacción”, ya que coincide con el crecimiento y el afianzamiento de la escuela: el acceso de sus egresados a cargos de responsabilidad y el optimismo que genera la posibilidad de impulsar cambios en el sector salud y en el área médica crean una atmósfera de autoconfianza y de promisorias proyecciones para el futuro. No obstante, a medida que el siglo fue avanzando, y por razones diversas, muchas de ellas ajenas al quehacer y al producto de las escuelas, las esperanzas de promover modificaciones sustanciales en el proceso salud-enfermedad y en su atención fueron perdiendo fuerza y desgastando la imagen de la salud pública como herramienta mágica para la solución de los problemas de salud de las poblaciones.

La realidad resultaba más compleja que lo previsto, con lo cual nos aproximamos a la cuarta etapa, caracterizada por la autocrítica de sus actividades, el escepticismo sobre su utilidad, un análisis crítico de sus estructuras y una ostensible voluntad de adaptación

para hacer frente a una realidad compleja como la que presenta nuestra época.

Esta división en etapas constituye solo un esquema de análisis que resulta una herramienta útil para componer una visión general, pero en la realidad la evolución de las instituciones responsables de la docencia en salud pública se encuentra ligada a las circunstancias de cada caso y en función de la época en que fueron creadas, por lo cual a veces estas etapas se superponen. No ha sido infrecuente que una escuela nueva importara, junto con la estructura, el contenido de la enseñanza y el modelo docente de alguna de las escuelas clásicas, los conflictos, las dudas e incluso la crisis de identidad que las afectaba.

Paralelamente, a partir de 1920 los cambios políticos, sociales, culturales y científicos de nuestro siglo imponen una realidad cambiante al área de salud, a la cual no han permanecido ajenas las instituciones de salud, así como las actividades docentes. En consecuencia, para su análisis es esencial la ubicación histórica de las escuelas de salud pública, ya que si bien no constituyen el único ámbito docente, ellas han corporizado en gran medida la formación de posgrado, por tratarse de su fin específico.

Por consiguiente, un intento serio de análisis obliga a fijar la atención en la trayectoria de las escuelas de salud pública, si el objetivo es evaluar la formación de posgrado en salud pública, medicina preventiva, social, administración de salud o cualquier otra de las denominaciones circulantes.

Génesis y desarrollo de las escuelas de salud pública en América Latina

La docencia en salud pública surge de la confluencia de tres vertientes principales: el desarrollo de disciplinas como la bacteriología y similares, que permitían el control de las enfermedades transmisibles, el saneamiento ambiental, que hizo posible el control del ambiente en las grandes ciudades congestionadas por la revolución industrial, y la presión político-social que exigía mejores condiciones de vida de las poblaciones sumergidas en la miseria.

La historia de la salud pública ha estudiado exhaustivamente este proceso, y su análisis llena capítulos completos de la historia social de los países centrales y aun de los periféricos. Para el tratamiento del tema que nos ocupa importa señalar que la necesidad de contar con el personal idóneo para llevar a cabo las funciones que

posibilitaran este control de endemias y epidemias, hizo surgir la salud pública como una actividad profesional específica y con límites precisos frente a las actividades tradicionales de atención individual de la salud. Era imprescindible crear una clase profesional que pudiera llevar a la práctica estos programas de salud colectivos más allá de la atención individual de la enfermedad y, en la mayoría de los casos, totalmente al margen de esta atención.

En función de esta necesidad se crean en Europa y en los Estados Unidos cursos de distintas características y pertenencias para profesionales, en los cuales aparecen entremezclados y con diferente énfasis los aspectos médico-bacteriológicos, la ingeniería sanitaria y los enfoques sociales. Por aquellos años —las primeras décadas del siglo—, la docencia en salud pública aún no estaba estructurada y se llevaba a cabo como una actividad de variadas características, dispersa entre diversas instituciones que trataban de cumplir una función que las comunidades comenzaban a expresar como necesaria para su desarrollo. Esta estructuración se concretó con la fundación de las escuelas de salud pública.

La creación de la primera escuela (Johns Hopkins) marcó rumbos que se fueron profundizando con el correr del siglo y entre los que cabe señalar, quizá como el de mayor peso, la dependencia y relación respecto a las escuelas médicas y al desarrollo de la medicina, visible en la difusión de las escuelas a través de los continentes.

Si analizamos retrospectivamente esta extensión de la capacitación en salud pública a través de las escuelas tal como se dio en todo el mundo, podríamos agrupar la creación de las escuelas entre grandes fases que responden a fuerzas políticas, sociales y culturales que adquirieron vigencia en cada uno de los países: el primer impulso, a comienzos de la década del veinte; el segundo, en los años de la segunda posguerra (1945-1950) y el tercero hacia 1960.

La Escuela de Johns Hopkins fue creada en 1918 con el fuerte apoyo de la Fundación Rockefeller por un grupo de destacados profesionales en cuya selección influyó decisivamente Flexner; los cursos fueron transformándose en escuelas de salud pública: en pocos años, o incluso en meses, Harvard, Columbia, Yale y Michigan crean sus escuelas, que adoptan las líneas trazadas por Johns Hopkins, abandonando en algunos casos desarrollos promisorios, tal como el de Nueva York (Columbia) en las ciencias sociales.

Algo similar se produce en Canadá (Toronto, 1924) y en Europa. La vieja London School of Tropical Medicine —creada hacia fines del siglo XIX— con su experiencia en la capacitación de médicos ingleses radicados en las colonias y enrolados en las fuerzas arma-

das coloniales, sigue esta corriente y se transforma en 1922 en la London School of Hygiene and Tropical Medicine imprimiendo, al mismo tiempo, algunas de sus características a las escuelas existentes y futuras. El entusiasmo es general y hasta en China la Facultad de Medicina de Pekín crea su escuela de salud pública.

Con respecto a América Latina, la referencia a esta corriente resulta inexcusable ya que, como lo indica la encuesta realizada por la OPS en 1968: "la creación y la evolución de las escuelas de salud pública guarda una estrecha dependencia doctrinaria con las escuelas de los Estados Unidos, ya que la mayoría de los profesores latinoamericanos se han formado en Johns Hopkins, Harvard, Columbia, Chapell Hill, Ann Harbor, California y otras".

En nuestra región, surgen en esos años los núcleos de las dos primeras escuelas: en México en 1922 —dependiente de su Secretaría de Salud— y en Brasil en 1924. En este último país se crea la Escuela de Higiene y Salud Pública del Estado de San Pablo, con la dirección de dos egresados de la primera promoción de la Johns Hopkins y que en una segunda fase —en 1945— se transforma en la actual Facultad de Higiene y Salud Pública de la Universidad de San Pablo.

Esta segunda fase (1945-1950) está representada fundamentalmente por la escuela de Santiago de Chile (1944), que fue durante largos años el centro de capacitación en salud pública de América Latina de mayor proyección y que influyó considerablemente no solo en las restantes escuelas de la región sino en todo el pensamiento sanitario de nuestros países, a través de figuras brillantes de la salud pública que desbordaron las fronteras nacionales. En la Escuela de Santiago de Chile cursaron sus estudios en salud pública muchos profesionales argentinos y gran parte de los primeros profesores de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires.

En la Argentina, este período está representado por la creación de la Escuela de Santa Fe. Ya a principios de siglo, Emilio Coni, uno de los patriarcas de la salud pública del país, había insistido en la necesidad de crear una escuela de higiene pública para el perfeccionamiento de médicos, veterinarios, químicos e ingenieros, y, en 1911, Gregorio Aráoz Alfaro propone la creación de un Instituto Superior de Higiene y Medicina Pública para realizar investigaciones, asesorar a los poderes públicos y formar especialistas en salud.

Si bien desde 1942 comienza a funcionar el curso de médicos higienistas de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, la primera escuela específicamente dedicada a salud pública nace en 1947 con la creación de la Facultad de Higiene y Medicina Preventiva de la Universidad Nacional del Litoral, con sede en Santa Fe. En esta facultad

se dictan cursos de dos años de duración y de dedicación semiexclusiva para médicos, odontólogos e ingenieros en el área de la salud.

Con la dirección de un distinguido sanitarista de la época, el Dr. Lorenzo García —después subsecretario de Salud Pública de la Nación en el Ministerio de Carrillo—, y el apoyo de un grupo de profesores, entre los que cabe señalar a destacados profesionales españoles radicados en el país —como Moroder y Nájera—, esta facultad prosigue como tal hasta 1956, año en que se desdobra, continuando como Escuela de Técnicos en Sanidad, en tanto en la Facultad de Medicina de Rosario se crea la Escuela Superior de Sanidad para la docencia de posgrado en cursos de tiempo parcial. Esta escuela extendió sus actividades por un par de años mientras que la Escuela de Santa Fe continuaba con sus actividades, centradas fundamentalmente en cursos de administración hospitalaria y de técnicos en saneamiento.

El tercer impulso en la creación de escuelas de salud pública se observa alrededor del año 1960. Por aquella época se crean la Escuela Nacional de Salud Pública (Ministerio de Salud de la Nación), y la Escuela de la Universidad de Buenos Aires, en la Argentina; la escuela de Caracas, la de La Habana y la de Río de Janeiro; la escuela de Lima en 1962, y la de Medellín en 1964. Pocos años antes se habían iniciado los cursos de posgrado en San Juan de Puerto Rico.

Hacia 1960 aparece en escena el organismo de capacitación que formaría la mayor cantidad de especializados en esta área en la Argentina y serviría en gran medida como referencia obligada para esta docencia. Resulta de interés, en consecuencia, analizar el escenario —tanto internacional como nacional— en que comienza sus actividades la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires.

La docencia en salud pública a comienzos de la década del sesenta

En la década de 1960, a cuarenta años de la formalización de la escuela de salud pública como una institución con identidad propia, objetivos específicos y funciones bien determinadas (que persisten hasta hoy), se disponía de una copiosa experiencia sobre la docencia en la materia; más aún, puede afirmarse que se había conformado una ortodoxia que las nuevas escuelas incorporaban a fin de equipararse a su “modelo”: el de las escuelas tradicionales. Objetivos, contenidos, estrategias de enseñanza, exigencias, tipos de curso y de alumnos, funciones y organización eran adoptados como modelos por las nuevas escuelas.

Asimismo, con esta ortodoxia incorporaban también sus problemas, sus conflictos y sus debilidades básicas. La vivencia de quienes participaron en este proceso es sumamente clara y la revisión histórica lo confirma: para una nueva escuela en nuestros países no quedaba otra alternativa que amoldarse a la ortodoxia predominante; la única forma de adquirir el prestigio mínimo indispensable para existir —y subsistir— en un ámbito académico era la semejanza y el contacto con las grandes escuelas de los países centrales o de países latinoamericanos con mayor experiencia en este campo.

Dos documentos de la época resultan esclarecedores para establecer esta ortodoxia que caracterizaba la docencia en salud pública en los años de creación de la escuela de la UBA: el relato de la Conferencia de Escuelas de Salud Pública de América Latina, realizada en México en noviembre de 1959 (4) y el relato de la décima reunión del Comité de Expertos en Educación Profesional y Técnica de Personal Médico y Auxiliar, que se realizó en Ginebra en diciembre de 1960 y cuyo tema fue precisamente: “Requerimientos recomendados para escuelas de salud pública” (3).

Ambos documentos están centrados fundamentalmente en los aspectos formales y normativos de una escuela: objetivos, funciones, organización, estatus legal, áreas de adiestramiento, métodos de evaluación, facilidades edilicias y equipamiento, características de los docentes, tipos de alumnos, contenido de la enseñanza y técnicas docentes. Las recomendaciones resultan, en su mayoría, expresiones de deseos, y esto es explicable, ya que las recomendaciones internacionales tenían como objetivo favorecer la posición de las escuelas frente a las autoridades correspondientes, ya sea de universidades o ministerios; y las escuelas tradicionales, por su lado, esbozaban soluciones para los problemas y dificultades que ellas mismas padecían.

Como punto de partida, resulta interesante señalar la definición de escuela de salud pública que en dichas reuniones se adopta. El Relato de Ginebra la caracteriza como:

una institución con adecuados recursos, que, en adición a la investigación en salud pública y servicio a la comunidad, provee un curso *full time* con una duración de no menos de un año académico o su equivalente, cubriendo los temas esenciales para la comprensión de los diversos problemas de salud pública y los conceptos, organización y técnicas requeridos para hacerles frente y que está abierta a miembros de la profesión médica y otras profesiones asociadas en la búsqueda de calificaciones en salud pública (3).

La Conferencia de México especifica, en su parte final, las Normas de una Escuela de Salud Pública:

Se manifiesta gran preocupación por la necesidad de establecer normas que permitan, en la opinión de la Conferencia, caracterizar a una institución como una escuela de salud pública. Algunas de estas normas serían:

- a) Un presupuesto suficiente y propio, libre de interferencias y que permita flexibilidad en su manejo.
- b) Desarrollar regularmente cursos para maestro en salud pública o sus equivalentes, con las características recomendadas en este informe.
- c) Servir a un área nacional o internacional que justifique su existencia.
- d) Contar con personal adecuadamente preparado y de dedicación exclusiva por lo menos en las materias esenciales.
- e) Tener local propio y debidamente provisto para la enseñanza e investigación, inclusive una biblioteca adecuada y laboratorios suficientes.
- f) Posibilidades de adiestramiento práctico en centros preseleccionados (4).

El tono general de ambos documentos, tal como lo revela su lectura completa, está orientado a señalar requisitos para las escuelas dando por sentada la validez del modelo existente y exponiendo las propiedades necesarias para alcanzar la condición de escuela. No existe formalmente un análisis de fondo ni cuestionamientos sobre las funciones y los objetivos mismos de las escuelas. Predomina la concepción de la escuela tradicional.

Ambos relatos, aun citando reiteradamente la importancia de la interdisciplina en el campo sanitario y la necesidad de adiestrar a profesionales de diversas áreas, tienen una franca orientación médica. En ellos se pone en evidencia que el objetivo fundamental es la capacitación de médicos para asumir funciones y responsabilidades en la administración y dirección de servicios y programas de salud.

El Relato del Comité de Expertos de Ginebra lo enuncia claramente en la descripción de los objetivos de una escuela, luego de enfatizar la ventaja del adiestramiento conjunto de profesiones diversas:

La capacitación de profesionales calificados en medicina para trabajar en salud pública es, sin embargo, la principal función y el común denominador de las escuelas de salud pública. Para estas personas la salud pública debería ser mirada como una especialidad y los requerimientos para un especialista en salud pública deberían ser comparables con los que rigen para las áreas clínicas. La capacitación académica de un año es un componente indispensable para el reconocimiento como especialista, pero entrenamiento adicional y experiencia en salud pública resultan necesarias (3).

Contenido de la enseñanza

La Reunión de Ginebra de 1960 fue convocada por recomendación

de la sexta Reunión del Comité de Expertos en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar que dos años antes, en julio de 1958, indicó la necesidad de que la OMS llevara a cabo un estudio sobre el “grado de desarrollo en que actualmente están estas escuelas y sobre su capacidad para atender las necesidades mundiales de personal sanitario” y “que después de este estudio se discutieran y prepararan como detalle en una reunión de expertos, los requisitos mínimos que hubieran de reunir las escuelas de sanidad”. Esa propuesta, en caso de ser aceptada, tendría indudablemente mucha utilidad para evaluar la labor de las escuelas existentes y orientar a las administraciones de las nuevas escuelas.

De acuerdo con esta recomendación, fue preparado un cuestionario que se distribuyó entre aproximadamente 50 escuelas en 32 países, de las cuales respondieron cuarenta y cuatro; esta información fue tabulada y utilizada para elaborar los requisitos recomendados en la reunión de 1960.

Ambas reuniones siguieron las líneas vigentes en la organización, las funciones, la orientación y los contenidos de las escuelas líderes y se adecuaron a las necesidades de los países fijando los requisitos mínimos sobre bases eminentemente cuantitativas: habitantes por país, cantidad de horas (cursos *full time*), número de departamentos, extensión de la orientación sanitaria a todos los médicos, etcétera.

Si bien se encuentra presente la necesidad de crear escuelas nacionales y disminuir de esa forma la dependencia de los países periféricos respecto de las escuelas internacionales, se acepta la modalidad instituida de enseñanza, sin atisbos de cuestionamientos ni ensayos de nuevas modalidades, es decir “más de lo mismo”. Sigue vigente la línea de pensamiento que llevó a la creación de las escuelas en la década del veinte, como lo evidencia el hecho de que los decanos de la Universidad Johns Hopkins, que presidieron ambas conferencias, y de Londres, figuras representativas del modelo tradicional (incluso dentro de sus propias escuelas), tuvieran destacada participación en estas reuniones.

No resulta extraño entonces que, a pesar de la intención de que “se deben tomar iniciativas para incorporar en el currículum los nuevos conceptos y desarrollos en el campo de la salud pública”, los contenidos recomendados señalen cinco áreas básicas: 1) administración de salud pública: principios y práctica, 2) estadística, 3) epidemiología, 4) salud ambiental, y 5) microbiología (que incluye inmunología y parasitología).

La Conferencia de las Escuelas Latinoamericanas en México estableció que:

Todo curso para maestro en salud pública o equivalente, para médicos, debe incluir las siguientes materias consideradas esenciales: administración sanitaria, epidemiología, saneamiento y bioestadística.

Deberán incluirse las siguientes materias en forma integrada o separada: ciencias sociales, nutrición, educación sanitaria, higiene maternoinfantil, microbiología, parasitología.

Además, de acuerdo con los recursos, las necesidades de cada escuela y las condiciones propias de cada país, puede incluirse la enseñanza, entre otras, de las siguientes materias: administración de hospitales, atención médica, higiene del trabajo, higiene mental.

Algunos participantes manifestaron que, en su opinión, la enseñanza de estas materias debe formar parte de todo curso de salud pública, en la misma forma que las materias enumeradas en segundo lugar (4).

En líneas generales, este era el panorama que presentaba la ortodoxia de la capacitación en salud pública en la época en que comenzaba sus actividades la Escuela de Salud Pública de Buenos Aires.

El escenario nacional

La imposibilidad de cursar estudios de posgrado en salud pública en el país se había tornado un problema agudo a fines de la década del cincuenta: numerosos profesionales demostraban un gran interés en capacitarse en este campo, y los organismos sanitarios demandaban profesionales adiestrados para desarrollar sus programas; la necesidad de responder a la creciente demanda de servicios de salud que se registraba en todos los países a partir de la posguerra, había adquirido 10 años después en la Argentina un carácter acuciante, dada la imposibilidad de formar una masa crítica de profesionales capacitados en salud pública, y solo unas pocas decenas habían podido acceder a cursos en el exterior.

En esencia, la inquietud existía desde años atrás, como lo demuestra la creación de la Facultad de Higiene de Santa Fe y los proyectos del ministro Ramón Carrillo en los "Planes de Salud Pública 1952-1958" especificados en 1951. El capítulo 7 de los Planes, dedicado a "Personal", en su objetivo segundo: "Docencia, formación y/o capacitación del personal médico y del personal de las ramas auxiliares de la medicina", se refiere a los problemas y las soluciones (5). Entre los primeros señala la carencia cuantitativa y cualitativa de recursos humanos en general y de profesionales, sobre todo en algunas áreas críticas, y la responsabilidad del Ministerio en su formación: "En el Plan 1946-1951 solo se programaron cursos que

se han cumplido en su casi totalidad”. En el Plan 1952-1958 esos “cursos” deben transformarse en “escuelas permanentes y orgánicas” (pág. 228).

La visión es global y enfoca las soluciones para el área asistencial en las especialidades en que el país presenta mayores necesidades, y también en el área sanitaria, respecto de la cual explicita:

4. La formación del médico sanitario o médico higienista es la base técnica del trabajo del Ministerio. Su progreso futuro en cuanto a la formación de la mentalidad sanitaria del médico debe realizarse en todas partes: a) en la Escuela Superior Técnica del propio Ministerio; b) en la Facultad de Ciencias Médicas; c) en la Facultad de Higiene y Medicina Preventiva de Santa Fe. Los cursos, sean o no organizados por la repartición, deben ser subsidiados, propiciados y ayudados de todas maneras ya que el único beneficiario es el Estado, atento que el médico sanitario no puede ser útil ni aplicar sus nuevos conocimientos, sino estando al servicio del Estado[...].

8. [...] Formación de médicos-administrativos. Esta nueva categoría deberá desarrollarse en la Escuela de Administración: son los únicos que en el futuro deberán dirigir hospitales. Para ello debe exigirse *full time* y ser dignamente retribuidos (pág. 230).

Y señala como conclusión:

El problema de formar personal útil al Estado y que pueda ejecutar el Plan, es decir, de técnicos que no solo sepan “curar” enfermos, sino dirigir organizaciones sanitarias, es una cuestión de tiempo y de estipendios adecuados y de estímulo. Todo puede hacerse en los años del Plan 1952-58, ya que las bases han sido sólidamente establecidas y ejecutadas parcialmente al cumplirse el Plan 1946-51 (5).

La presión fue creciendo en los años siguientes, tal como se aprecia por el número de profesionales que cursaron por entonces salud pública en escuelas de otros países (10 solamente en Chile en 1960), y como lo explicita el tan conocido “Informe de los Consultores” que, por pedido del gobierno argentino, estudiaron el panorama sanitario nacional en 1957.

Normalizado institucionalmente el país en 1958, el Ministerio de Salud y la Universidad de Buenos Aires se abocaron a la creación de una Escuela de Salud Pública. En febrero de 1958, el rector de la Universidad de Buenos Aires crea una comisión para asesorar a la Universidad sobre la capacitación de profesionales en sanidad y en

medicina social. Componían la comisión dos profesores de pediatría, el profesor de Enfermedades Infecciosas y los dos profesores de Higiene y Medicina Preventiva de las facultades de medicina de Buenos Aires, Rosario y Córdoba.

La comisión, que contó con la directa participación en la parte final de su labor de un distinguido sanitarista chileno y maestro de la salud pública latinoamericana, el profesor Dr. Benjamín Viel Vicuña, recomendó la creación de una escuela de salud pública, dependiente de la Facultad de Medicina. Esta proposición fue aceptada, creándose la escuela por resolución del Consejo Superior del 8 de noviembre de 1958, con los siguientes objetivos:

- a) formar y preparar profesionales universitarios, técnicos y personal para los organismos de salud pública oficiales o privados.
- b) estimular, orientar y realizar investigación científica en las distintas disciplinas vinculadas con los problemas de promoción, conservación y recuperación de la salud y prevención de las enfermedades.
- c) contribuir al perfeccionamiento de métodos y técnicas empleadas en las actividades mencionadas;
- d) colaborar y contribuir al perfeccionamiento de la salud pública, participando:
 - 1) en la organización y realización de estudios y planes para el mejor desarrollo de la medicina asistencial. La prevención y erradicación de enfermedades, la higiene pública y la promoción de la salud y el bienestar de la sociedad;
 - 2) en el estudio de la legislación sanitaria nacional e internacional;
 - 3) en la formación del personal técnico indispensable;
 - 4) en la creación de una actitud favorable hacia los problemas de la colectividad en los profesionales y técnicos y demás personas, sean universitarias o no;
 - 5) asesorar a los poderes públicos y organizaciones privadas en todos los problemas relacionados con la salud pública (6).

Pero la puesta en marcha de la escuela no fue fácil: problemas jurisdiccionales entre la universidad y la facultad y entre la futura escuela y la cátedra de higiene, dilaciones burocráticas, dificultades prácticas para su instalación, problemas edilicios, provocaron serios inconvenientes que retardaron su alumbramiento, por lo cual el primer curso recién se dictó en junio de 1960.

Paralelamente, el Ministerio de Salud Pública de la Nación, basándose en la demora de la universidad para la iniciación efectiva de sus actividades, creaba la Escuela Nacional de Salud Pública, que comenzó sus cursos a mediados de 1959. A pesar de la voluntad manifestada por ambas partes de compartir un proyecto común,

sobre el cual se enunciaban todas las ventajas, la realidad tornaba difícil esta coordinación: una compatibilización de ambas estructuras institucionales resultaba sumamente difícil de llevar a la práctica. Más aún, y quizá como hecho fundamental, podría afirmarse que se trataba de dos proyectos distintos.

La escuela de la universidad debía entroncarse en la estructura académica de la Facultad de Medicina y adaptarse en lo posible a su ortodoxia; la del Ministerio formaba parte de un proyecto amplio que enfocaba la formación de recursos humanos de todas las categorías para las necesidades del sector salud. Reforzando carreras ya existentes en el Ministerio (Dirección de Enseñanza e Investigación Científica) y creando otras, se estructuraron rápidamente cursos para becarios de todo el país, expertos en administración hospitalaria, enfermería, técnicos en saneamiento ambiental, en estadísticas de salud, en educación sanitaria, residencias médicas en especialidades médicas y quirúrgicas, y un nuevo tipo de personal como el egresado del bachillerato en sanidad, en convenio con el Ministerio de Educación.

Tal como en el período de Carrillo, la idea predominante era enfocar las necesidades nacionales de recursos humanos en salud para proyectar la formación del personal adecuado y suficiente, por lo cual conceptos como “doctrina nacional de salud pública” vuelven a aparecer en el discurso oficial. El surgimiento de las dos escuelas y la posterior desaparición de la ministerial, si bien a la distancia podría aparecer como un episodio secundario, resulta sumamente interesante de analizar, dado que encierra muchos de los elementos que caracterizaron el desarrollo de la salud pública y aun de la vida política y de la cultura nacional. En primer lugar, demuestra cómo los acontecimientos políticos coyunturales desempeñan en el corto plazo un papel fundamental en relación con el destino de las instituciones de salud.

Otra hipótesis podría llevarnos e identificar el conflicto como un episodio más entre las orientaciones contradictorias presentes desde el inicio de la docencia en salud pública entre la concepción alemana de los institutos académicos centrados en la investigación, y la visión inglesa de la salud pública, orientada hacia la formación de administradores para la solución de problemas concretos, tendencias que orientarían a cada una de las escuelas argentinas.

Otra línea de análisis podría estar centrada en la identificación de las escuelas con dos líneas ideológicas que caracterizan la historia nacional y que aún aparecen vigentes en algunas áreas: por un lado, una visión centralista, porteña, unitaria, rivadaviana, presente en la escuela de la universidad, frente a una visión nacional y federalista

de la escuela del Ministerio. Esta hipótesis encuentra cierto sustento en que el argumento fundamental para eliminar el posgrado de la escuela ministerial consistió en la afirmación de que este nivel superior de docencia corresponde exclusivamente a la universidad.

No obstante, optar por una de estas hipótesis y otras similares como causa única o exclusiva de los conflictos resultaría simplista; si bien algunos de ellos estaban sin duda presentes y podrían haber tenido algún peso en la situación y en las decisiones, fueron más bien una consecuencia resultante de la historia y la idiosincrasia de las instituciones patrocinantes, de mitos y prejuicios arraigados en nuestros anales políticos, y no una variable proveniente del campo de la salud o impuesta por la ideología sanitaria de los profesionales protagonistas de cada una de dichas instituciones, o al menos, de la mayoría de ellos.

Las bases del conflicto estaban determinadas probablemente más por los objetivos de las instituciones que las patrocinaban que por la ideología de los profesionales de la salud que las integraban. Baste recordar como elemento probatorio que, a un año de su creación, el curso de posgrado de la escuela del Ministerio dejó de ser de administración hospitalaria para la capacitación de los funcionarios del Ministerio, para transformarse en un verdadero curso de salud pública para graduados; que fue creado el Centro de Investigaciones Sociales que realizó un catastro sociológico del área del Gran Buenos Aires, donde se asentaba la escuela, y que comenzó sus actividades un centro de investigaciones en salud pública cuyos fundamentos, objetivos y funciones podrían figurar aún hoy como característicos de un organismo de investigaciones en servicios de salud. Más aún, algunos de sus profesores y egresados protagonizaron, años después, líneas y equipos de investigaciones que pueden catalogarse entre las más valiosas del país.

Por el lado de la universidad, pocos años después, y al calor de situaciones políticas que favorecían este enfoque, la escuela asume una visión nacional y federalista, y expande sus actividades creando y fomentando cursos en las provincias; propicia con sus egresados el desarrollo de focos de capacitación sanitaria autosostenida en el interior del país y firma convenios con numerosas provincias para docencia y participación de sus alumnos y profesores en programas reales de las provincias.

A mediados de 1962, como consecuencia de un cambio político, el curso de salud pública de la Escuela Nacional de Salud Pública fue desactivado y sus alumnos incorporados al curso de la Universidad de Buenos Aires. Oficialmente, el proceso fue calificado como fusión

de las dos escuelas a fin de aunar recursos; en la práctica significó simple y llanamente traspasar los participantes en el curso: sus recursos, que sobrepasaban largamente a los de la escuela de la Universidad de Buenos Aires, no fueron asignados a esta última.

Solo queda “posfácticamente” —como lo hacen los historiadores— conjeturar cuál habría sido el desenvolvimiento de la docencia en salud pública en el país si en 1960 se hubiese comenzado con una escuela que sumara el impulso conjunto de la ideología, los recursos y las estructuras de las instituciones patrocinantes en una verdadera integración docente-asistencial, y en qué medida podría haber evolucionado hacia una escuela poderosa, capaz de superar los vaivenes provocados por las coyunturas políticas y universitarias que caracterizaron la vida argentina de los últimos 30 años y generar una línea de pensamiento que, llevada a la práctica, permitiera concretar un impacto significativo en el sistema de atención de salud del país y en la satisfacción de las necesidades de salud de su población, objetivo declarado de las escuelas de salud pública.

Queda por determinar, asimismo, como hipótesis plausible, si la motivación real de la eliminación de la escuela ministerial fue suprimir una escuela de salud pública que presumiblemente podría estar fuera del control del “*establishment* médico”; podría no resultar casual, en efecto, que el nuevo ministro que adoptó esta decisión, así como gran parte de sus asesores, eran distinguidos profesores de la Facultad de Medicina.

Así pues, a mediados de 1962 queda cerrada en la República Argentina la etapa preparatoria de las escuelas de salud pública y la escuela de la Universidad de Buenos Aires aparece como el organismo rector de la capacitación en salud pública.

Desarrollo de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires

La segunda etapa de la escuela se desarrolló en una permanente lucha por adquirir prestigio y estabilidad en la Facultad de Medicina y aumentar los recursos a fin de superar las numerosas restricciones que debía enfrentar: espacio físico, cantidad de docentes de tiempo completo, salarios de los profesores, facilidades para el trabajo en terreno, equipamiento docente (equipos para la reproducción de material, máquinas de escribir), biblioteca. Así lo revela el Informe de su director en la IV Conferencia de Escuelas de Salud Pública de América Latina, realizada en noviembre de 1965 en Puerto Rico. Esta conferencia, a seis años de la realizada en México y dedicada a

la enseñanza de la epidemiología, por sus contenidos conceptuales y operativos resulta de interés para señalar las líneas de pensamiento político-social y sanitario prevaletentes en la época y que se trataban de difundir para contribuir a la modernización de las escuelas.

El discurso inaugural del director de la OPS es una clara síntesis del pensamiento predominante, por lo cual consideramos de utilidad citar algunos párrafos relevantes:

Parece procedente, con ocasión de esta Conferencia que cuenta con el alto patrocinio de la Universidad de Puerto Rico, hacer algunas consideraciones sobre las proyecciones de esta disciplina en el momento actual que viven las Américas. Porque es evidente, aun para el observador más superficial, que los pueblos del continente están dedicados a mejorar sus condiciones de vida conservando, a la vez, los rasgos más valiosos de viejas culturas. Los gobiernos se esfuerzan por incrementar el ingreso nacional, distribuirlo más equitativamente, acelerar la movilidad social, ensanchando el marco de las oportunidades por medio de la educación; en síntesis, fomentar el desarrollo como un proceso de crecimiento unido a cambios esenciales de las estructuras. En el nivel regional se expresan, con creciente vigor, las ideas de integración económica y de interdependencia política; se sugieren los mecanismos y los instrumentos jurídicos e institucionales para darle a los problemas comunes soluciones compatibles con los intereses de cada país, facilitando, al mismo tiempo, la identificación de las Américas entre las naciones del mundo.

Este gran propósito aparece definido en objetivos funcionales en documentos que ya son históricos: el Acta de Bogotá y la Carta de Punta del Este. Dictados en fecha muy reciente —no más de cinco años—, han logrado producir resultados concretos y despertar las conciencias hacia el bien común, prelude indispensable para toda acción sistemática en una empresa tan vasta, de tanta complejidad y que afecta a millones de seres humanos. Insistir en medir sus efectos exclusivamente por las obras realizadas —y así criticarlas— es ignorar la esencia de todo el proceso y las influencias negativas que limitan o hacen lento el desarrollo.

Destacar la voluntad de pueblos y gobiernos, la larga serie de actividades conducente a un progreso continuado, reconociendo las vicisitudes que viven las Américas, es proceder racionalmente y contribuir con opiniones positivas al esfuerzo continental.

La planificación es el método en que han convenido los gobiernos para fomentar el desarrollo económico y social y llevar a la práctica los objetivos de la Carta de Punta del Este. Se la ha considerado como un instrumento para darle a los recursos, insuficientes de por sí, una inversión a tono con las necesidades expresadas en orden de importancia, con preferencia para aquellas que afectan y cuyas soluciones benefician al mayor número de personas a un menor costo relativo.

La salud como servicio social, es parte integrante del movimiento que

simbolizan el Acta de Bogotá y la Carta de Punta del Este. Y no podría haber sido de otra manera, porque es la verdadera infraestructura del bienestar y de la felicidad como los siente cada ser humano. Se la acepta hoy —y no ha sido simple la tarea— como un factor esencial del desarrollo económico; por lo tanto los fondos que se destinen a la prevención y al tratamiento de las enfermedades equivalen, por sus efectos, a bienes de capital y no de consumo. Para las sociedades de hoy fomentar la salud es invertir en progreso. La demanda social en todos los países es muy superior a la calidad y cantidad de los recursos humanos y de los elementos indispensables para atenderla. Por ello hay que identificar los problemas en términos de magnitud y trascendencia, establecer prioridades, definir objetivos para cada cual, así como los métodos que recomiendan la ciencia y la técnica modernas, registrar las acciones y los efectos logrados y evaluar todo el proceso, en una palabra, planificar.

La planificación en salud ha revelado asimismo la enorme debilidad en la organización y la administración de los servicios. Se proclaman las concepciones de John B. Grant sobre la integración de la prevención y la curación, regionalización y educación continua, y solo por excepción se observan realizadas.

En la práctica no hay una relación clara entre objetivos por cumplir y recursos por invertir porque interfieren la falta de sistemas y métodos administrativos de tal suerte que las acciones, a más de no corresponder a prioridades reales, se ejecutan en forma irregular y discontinua (7).

En esos años —y desde su creación—, la Escuela de Buenos Aires trató de afianzarse en el escenario nacional, si bien su relación con el resto del país se limitó fundamentalmente a recibir a algunos becarios, con excepción de la provincia de Buenos Aires, que impulsaba importantes programas sanitarios (red de centros de salud del conurbano; reforma hospitalaria; regionalización) y con la que mantiene una estrecha relación, recibiendo asimismo importante apoyo de esta.

En 1964, ideado y apoyado por la OPS, y como expresión de la filosofía dominante, se organiza el primer curso corto (cuatro meses a dedicación exclusiva) de organización y administración hospitalaria, dedicado, según palabras del director de la escuela, a

[...] médicos clínicos, cirujanos o especialistas con poca o ninguna preparación en administración que se desempeñan como directores de hospitales [...]

Como se comprende, se trata de un curso transitorio. Eventualmente será sustituido por otro tipo de enseñanza cuando haya ya un número suficiente que concurra a este adiestramiento y se encuentre la forma de llenar los cargos con profesionales con una formación más completa y que puedan dedicarse a tiempo completo a las tareas de tipo administrativo en su respectivo establecimiento hospitalario (7).

Dada la persistencia y la difusión de estos cursos, así como la importancia que han adquirido de los años posteriores —fruto sin duda de su necesidad, como se analizará más adelante—, se considera de interés la cita para llamar la atención sobre el pensamiento predominante en aquellos años respecto a la misión, objetivos y producto docente de una escuela de salud pública que podría calificarse como tradicional, si bien algunos de sus contenidos correspondían a una escuela “moderna”. Y es que la escuela se desenvolvía en un estado que podría calificarse como de equilibrio con problemas ya crónicos: la Facultad de Medicina tolera la escuela como un síntoma de modernización, pero la considera como un cuerpo extraño en su organismo, que debe permanecer en el molde prefijado, sin expandirse y sin demandar demasiados recursos, especie de feudito fronterizo para frenar a los bárbaros en los límites del mapa feudal que constituye la Facultad.

Esta estabilización en meseta de la escuela provoca la inquietud de muchos de sus docentes, cuya visión de la salud pública desborda este marco, y la situación hace crisis, aparentemente, a través de un conflicto generacional: a fines de 1965, la casi totalidad de sus docentes solicitan por escrito al director de la escuela que se acoja a los beneficios de la jubilación a fin de hacer posible el desarrollo de otra política. El pedido, efectuado con toda consideración y agradecimiento al director por su destacada trayectoria y sus esfuerzos en pro de la salud pública y la escuela, le solicitaba simplemente su admisión del fin de una etapa del desarrollo de la escuela y de la necesidad de su adecuación a las nuevas realidades del país, de la sociedad y de la atención de la salud.

Cabe señalar que no se trataba de ninguna manera de un hecho insólito: por aquellos años se produjeron o se intentaron movimientos similares de cambios de conducción en numerosas escuelas en todo el mundo, sintomáticos, en la mayoría de los casos, de la crisis de las escuelas y del deseo de sus integrantes de participar efectivamente en los cambios que la sociedad reclamaba o aspiraba para el sector salud.

La Escuela de Buenos Aires, si bien advino tardíamente como institución, al incorporar el modelo clásico de las escuelas en lo que hace a funciones, estructura, ortodoxia, etc., recibió también sus conflictos e insatisfacciones de larga data, así como las ansias de cambio acumuladas en ellas, hecho que aceleró su crisis, ya que sus docentes habían vivido esta preparación para el cambio en las escuelas donde habían cursado sus estudios. La crisis respondía fundamentalmente a la clara visión por parte de las escuelas de

que sus egresados estaban siendo capacitados para desempeñarse en una sociedad superada ya por los cambios político-sociales, científicos, tecnológicos y organizacionales, y que su impacto sobre la realidad aparecía prácticamente desdibujado.

Expansión de la Escuela de Salud Pública (1967-1972)

El cambio se produce a partir de 1967, y lo posibilita una conjunción de circunstancias que demuestran una vez más el papel primordial que desempeñan las coyunturas políticas en el quehacer sanitario. Desde 1967, el acontecer político, bien aprovechado por los responsables de la escuela, la condujo a una etapa de expansión que le permitió alcanzar su más alto nivel de funcionamiento y prestigio, así como su etapa de mayor impacto en el escenario sanitario nacional.

En la alternancia de gobiernos constitucionales y *de facto* que caracterizan la vida argentina entre 1930 y 1983, los segundos están asociados generalmente con restricciones en el campo sanitario, como fruto combinado de los habituales ajustes fiscales y de la tradicional desconfianza ideológica de este tipo de gobiernos hacia el área social. En este período, por distintas circunstancias que se conjugaron favorablemente, tales como la ideología de modernización y tecnologización del país que pretendió impulsar el gobierno, y el acceso a las posiciones directivas de salud pública y de la Facultad de Medicina de Buenos Aires de líderes del sector con claras ideas sobre la necesidad de actualizar estructuras obsoletas y bolsones de atraso, la salud pública se transformó en un área privilegiada. Basta citar como ejemplo que egresados de la Escuela de Salud Pública fueron designados ministros de Salud Pública en varias provincias, precisamente por su condición de especializados en la materia.

En la Facultad de Medicina, en contraste con lo sucedido en otras facultades de la Universidad de Buenos Aires, asumió el Decanato una de las figuras de mayor significación en la educación médica argentina. Su conducción no solo significó un invaluable apoyo al desarrollo de la Escuela, sino que gran parte de la ideología sanitaria fue adoptada como lenguaje y orientación de la Facultad de Medicina.

En pocos meses se duplicó el número de docentes de dedicación exclusiva; se trasladó la escuela a un edificio de cuatro plantas que quintuplicaba su espacio físico, edificio codiciado por varias cátedras de la facultad, y sus actividades se expandieron en forma

exponencial. Entre estas actividades, algunas deben ser especialmente señaladas por su repercusión en la salud pública del país.

Los cursos de tiempo completo de la escuela pasaron de cuatro (diplomados, técnicos en estadística, administración hospitalaria y funcionarios administrativos) a diez, ya que, para responder a la demanda nacional, se agregaron planificación de salud, arquitectura hospitalaria, enfermería de salud pública, epidemiología de control de enfermedades transmisibles y salud maternoinfantil. El curso de diplomados dobló el número de sus concurrentes para responder a una demanda creciente, sobre todo del interior del país y de docentes de materias clínicas de la Facultad —hasta entonces reacios—, al tiempo que se introducen importantes cambios en el currículum, incorporando materias “modernas” y entrelazando departamentos y asignaturas. Los docentes son estimulados a desarrollar actividades de corto plazo que vinculen la escuela con distintos ámbitos académicos, asistenciales, profesionales y científicos, y la escuela se convierte en activa promotora de capacitación y de expansión del pensamiento sanitario en el área de la salud.

Al tiempo que empiezan a recibirse los primeros becarios internacionales, se estrechan las relaciones con las provincias. Mediante convenios con sus ministerios de Salud se descentralizan los cursos de organización y administración hospitalaria de gran demanda en el campo médico asistencial, que se programan con la participación de las provincias y la intervención decisiva de egresados del curso de diplomados residentes en el interior del país. Esta actividad alcanza una repercusión tal, que se realizan en la escuela reuniones de coordinadores provinciales de cursos a fin de intercambiar experiencias y programar cambios y perfeccionamientos. La integración con las autoridades de salud alcanza en este período su nivel más alto, y alumnos y docentes participan, programadamente, en las actividades de terreno de las provincias.

Paralelamente, dadas sus características, quizá lo más llamativo de este período sea la relación de la escuela con la Facultad de Medicina y los cambios que se intentaban en la educación médica en todas las facultades del país. En 1968, la Facultad de Medicina, entre otras modificaciones de su currículum, introduce cuatro materias: psicología médica, enfermería médica, introducción a la medicina sanitaria y demografía, estas dos últimas a cargo de la Escuela de Salud Pública.

La escuela se ve así dedicada a problemas y responsabilidades hasta entonces desconocidos: de cursos para alumnos de 30-40 participantes pasa a asumir responsabilidades por miles de alumnos en una

tentativa, característica de la época, de producir cambios en el pensamiento médico a través de la introducción de materias sanitarias.

La participación en la educación médica del país no se limita a la facultad de Buenos Aires, sino que todo el movimiento de cambios en la educación médica —muy activo por aquellos años a través de la Asociación de Facultades de Medicina— absorbe el pensamiento sanitario y gran parte de su acción se centra en el mismo. Ello se refleja en las Conferencias Argentinas de Educación Médica realizadas por aquellos años, y especialmente en la de 1968, que recomienda la activa participación de las escuelas médicas en la elaboración de un plan nacional de salud que responda a la realidad nacional y la formación del equipo de salud responsable del desarrollo de dicho planeamiento, así como la preparación de un médico capaz de hacer frente a estas responsabilidades. Simultáneamente, la asignatura Atención Médica con esta orientación es introducida en el curso de formación docente que se desarrolla obligatoriamente en la Facultad de Medicina de Buenos Aires para los aspirantes al profesorado.

Sin embargo, las mismas circunstancias políticas que impulsaron este movimiento fueron responsables de su paralización y de la consiguiente imposibilidad de consolidar sus objetivos: los tiempos políticos marcaron el ritmo, y la normalización de las universidades devuelve el poder en 1972 al *establishment* médico académico tradicional de composición política heterogénea, pero de homogeneidad conceptual y práctica respecto a la función y objetivos de una Facultad de Medicina y de la profesión médica.

La expansión de sus actividades había llevado a la escuela a estirar sus posibilidades operativas utilizando al máximo sus recursos, lo cual, unido al cambio visible de atmósfera en la facultad, llevó a las nuevas autoridades de la escuela en 1972 a contener la expansión e iniciar una etapa de consolidación y de mantenimiento de las extendidas líneas de trabajo que se prolonga hasta 1977.*

Pero el impacto de la escuela en el país ya se había producido, y para expresarlo con palabras del más ilustre sanitarista de esos años, el Dr. Carlos Alberto Alvarado: “la docencia de salud pública en la Argentina ya nunca más volvería a ser la misma de los años anteriores”. Las semillas se habían diseminado y germinado, el *know-how* de la capacitación en salud había sido asimilado y aun mejorado, y

* Baste citar, como ejemplo, que un concurso que creaba un cargo de profesor titular de salud pública para asumir la responsabilidad en el pre y posgrado fue paralizado cuando ya estaba muy avanzado el trámite (solo faltaba el veredicto del jurado). Meses más tarde fue anulado definitivamente.

numerosos núcleos comenzaron a desenvolver actividades docentes: universidad, asociaciones profesionales y ministerios provinciales crearon escuelas y cursos que en los últimos lustros se desarrollaron en forma sostenida, superando restricciones y dificultades y sosteniendo la docencia en momentos en que la Escuela de Salud Pública de Buenos Aires entraba en un cono de sombra. En efecto, a partir de 1977 la escuela queda sumida en una depresión semejante a la de la universidad, depresión especialmente marcada en áreas como la salud pública, de fuerte contenido social, y que se mantiene hasta 1982.

Tentativas de cambio en las escuelas

Los años de expansión de la escuela coincidieron con un período de fuerte autocrítica, que formó parte de un movimiento que conmovió a la mayoría de las escuelas. Ello no resulta contradictorio sino, por el contrario, claramente comprensible si retomamos la línea del desarrollo histórico. Y es que los últimos años de la década del sesenta fueron de profunda revisión, de crítica incisiva y de una expresiva voluntad de cambio manifestada en numerosos sectores de la sociedad —casi podría decirse en la sociedad toda—, que repercutió de manera distinta en cada sector.

En el área de la docencia de salud pública, se sumó la disconformidad por la persistencia en las escuelas de estructuras y prácticas que existían casi desde su misma creación, 30 o 40 años atrás (los cambios introducidos habían sido fundamentalmente cuantitativos, cuando no simplemente cosméticos), con las tentativas de cambios en la educación médica, con las modificaciones en los conceptos de salud y enfermedad y, básicamente, con la profunda crisis social que exigía transformaciones de fondo para adaptar las escuelas a una realidad sanitaria y social que había evolucionado sustancialmente.

Pero la Escuela de Buenos Aires, como otras de América Latina creadas hacia la misma época, debían cumplir una etapa de maduración a fin de afirmarse en el contexto médico-sanitario nacional y alcanzar un grado de madurez y de consistencia que les permitiera participar en los cambios de fondo que se preparaban, o al menos que se preveían y enunciaban para las escuelas.

En el caso particular de la Escuela de Buenos Aires, su expansión —que alcanzó su etapa máxima entre 1967 y 1972— fue la “asignatura pendiente” que debía aprobar para acceder a la discusión sobre los cambios en profundidad que anhelaban los líderes del sector y que caracterizaban por esa época las reuniones y las recomendacio-

nes internacionales. Los responsables de la conducción de la Facultad de Medicina y de la escuela en aquella etapa de expansión eran plenamente conscientes del proceso que se desarrollaba en todos los niveles y, paralelamente, difundían y profundizaban por un lado la actividad de la escuela —su responsabilidad inexcusable como objetivo en el quehacer diario— y, por otro, participaban activamente en las críticas y autocríticas que perseguían la movilización del sector para favorecer los cambios sustanciales en estructura, objetivos y funciones de las escuelas que parecían inexorables. Los documentos de la época resultan sumamente esclarecedores (9, 10).

En la nota editorial del *Cuaderno de Salud Pública*, publicación oficial de la Escuela de Salud Pública de Buenos Aires, de junio de 1970, al comentar la VI Conferencia de Escuelas de Salud Pública de América Latina, efectuada en Medellín en diciembre de 1969, su Director que fue su relator general, escribe:

En pocas oportunidades ha sido posible escuchar una autocrítica como la que las propias escuelas hicieron a la enseñanza que imparten y a la labor que realizan; crítica lúcida pero severa al máximo. Se aludió a la necesidad de fijar objetivos concretos y acordes con la realidad a los cursos que se realizan; a la necesidad de establecer claramente cuál es el producto docente que se desea obtener; a la falta de flexibilidad de la enseñanza; a la rigidez de sus estructuras; a la casi total ausencia de mecanismos de evaluación de sus resultados; a la debilidad de la investigación; a la enseñanza por asignaturas aisladas que dan lugar a una desintegración de lo que debe enseñarse como un todo y a la excesiva importancia que se concede a las formulaciones teóricas (10).

Las tentativas de cambio comenzaron a enunciarse y a propugnarse a distintos niveles, y se originaban y orientaban en gran medida según la posición institucional, los conocimientos sobre las tendencias que predominan en los países más avanzados en el tema, las características y los objetivos de las instituciones docentes y la línea de pensamiento de quienes impulsaban los cambios. Debe señalarse, asimismo, como hecho destacado, que todo este movimiento aparecía asociado y en gran manera dependiente de la corriente de cambios que se impulsaba en la educación médica.

En una primera instancia —o en un primer nivel si se quiere—, las críticas y las recomendaciones se concentraron en los aspectos pedagógicos y en la necesidad de los docentes de incorporar técnicas “modernas” para mejorar la enseñanza; paulatinamente se incorporan, en consecuencia, a las facultades y escuelas expertos en educación, y sus docentes asisten a cursos a fin de mejorar su capa-

cidad para enseñar, para hacer más activo el aprendizaje, acentuar la participación de los alumnos, posibilitar y enfatizar la interrelación entre las distintas materias, adquirir el dominio de técnicas que permitieran superar la tradicional clase magistral, como el estudio de casos, etcétera.

Un segundo nivel de cambios se centraba en el currículum: en la necesidad de modernizar el contenido de la enseñanza e introducir disciplinas que subrayaran el contenido social y administrativo de la docencia; que los conceptos de las diversas disciplinas pudieran integrarse en áreas comunes; que las disciplinas se concentraran en aspectos concretos que respondieran a la realidad nacional o regional; que una materia básica como epidemiología ampliara su visión más allá del control de la patología; que la enseñanza en terreno superara su artificialidad habitual y adquiriera relevancia docente; que la integración docente-asistencial fuera uno de los ejes primordiales del curso, y que se enfatizara la investigación como práctica corriente y médula del desarrollo del espíritu crítico de alumnos y profesores, entre otras exigencias.

Otros sectores, en cambio, insistían en producir cambios en profundidad, llamando la atención sobre la necesidad de reexaminar los objetivos mismos de la capacitación en salud pública así como de las instituciones responsables de esta capacitación. Se preguntaban si las escuelas de salud pública estaban cumpliendo el objetivo para el que habían sido creadas y en qué medida habían evolucionado para responder a los cambios que la salud pública había experimentado en el seno de las sociedades, o, por el contrario, si no permanecían todavía adheridos en forma obsoleta a las concepciones de la salud pública tal como se la entendía en la primera mitad del siglo. Cuestionaban asimismo en qué medida las escuelas y sus egresados estaban contribuyendo a las transformaciones en el pensamiento y la práctica médica que fueron el objetivo de su creación y cuál había sido su real contribución al mejoramiento de la salud de la población y a una mejor calidad de vida.

Por supuesto que cuestionamientos y respuestas variaban significativamente según los ámbitos en que se plantearan, ya que no todos perseguían los mismos objetivos y, por otro lado, los cambios que se proponían y los niveles en que los mismos eran considerados no eran contradictorios entre sí, sino que, por el contrario, se complementaban.

Hacia fines de la década del sesenta, el panorama de la capacitación en salud se presenta como muy heterogéneo, con puntos de vista encontrados, tanto en una escuela como entre distintas escuelas.

En efecto, se observan visibles contradicciones en algunas instituciones docentes en las cuales convivían asignaturas o departamentos propios de la década de 1920 con otros que marcaban una tendencia de avanzada que aún hoy, 20 años después, son modernas. Estas discordancias pueden encontrarse no solo en las escuelas de nuestros países, sino aun en aquellas de mayor tradición como la Johns Hopkins o la de Londres.

Este panorama se verifica también en las reuniones internacionales, como lo revelan las diferencias observadas entre las conclusiones de la Conferencia Interregional de Directores de Escuelas de Salud Pública que la OMS organizó en Ginebra en 1967 (11), y las conferencias que realizaron las escuelas de América Latina (Buenos Aires, 1967; Medellín, 1969; La Habana, 1971). En tanto la primera insiste en el mejoramiento de la enseñanza prevaleciente, las de América Latina subrayan la necesidad de replanteos totales y cambios drásticos de estructuras y objetivos. No se ignora, por supuesto, la importancia de los cambios pedagógicos y curriculares, sino que se los visualiza como parte de una transformación de más amplio alcance y profundidad.

Los últimos 20 años

La evaluación actual de lo acontecido a partir de esta fuerte corriente transformadora revela, en primer lugar, que fue la realidad —la compleja realidad de los últimos años— el factor determinante que guió los acontecimientos, y no las recomendaciones de las conferencias ni los programas aprobados en función de las mismas. Una revisión crítica discretamente exigente de las últimas décadas podría llevarnos a afirmar sin exageración que las recomendaciones de las conferencias y reuniones de autoridades y de expertos y especialistas, y las declaraciones de principios de gobiernos, ministerios, universidades, etc., solo en algunas instituciones pudieron concretarse formalmente y, aun así, en la mayoría de los casos se trató de impulsos de duración variable, que no llegaron a plasmarse en una verdadera política de recursos humanos de nivel sectorial o de programas sostenidos de cambios efectivos.

En líneas generales, sin embargo, debe señalarse que la década del setenta concedió especial consideración a los recursos humanos, comenzando por dar identidad al área y dedicando gran parte de los esfuerzos a efectuar estudios y análisis sobre sus características y sobre la necesidad de cambios para modernizar el sector. Como

consecuencia, ciertos conceptos que constituían novedades en la década anterior y patrimonio de profesionales especializados en salud pública y líderes de la educación médica, fueron imponiéndose hasta transformarse en ortodoxia aceptada por todo el resto del sector, y ampliamente difundida.

Entre estos conceptos cabe señalar la visión del personal de salud con un enfoque global, abarcativo de la totalidad de los recursos humanos y que incluye todos los niveles y categorías de personal. Dos documentos de principios de la década resultan especialmente significativos para registrar el pensamiento dominante: el Plan Decenal de Salud para las Américas, aprobado por la Tercera Reunión Especial de Ministros de Salud (Chile, 1972) (12) y las Recomendaciones de la Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud (Canadá, 1973) (13).*

Ambos documentos consideran como un punto de partida inexcusable la necesidad de introducir racionalidad en la formación, distribución y utilización del personal de salud, por lo cual recomiendan específicamente desarrollar la planificación de los recursos humanos como un componente de la planificación integral de la salud.

La Conferencia de Ministros de Chile especifica en el área respectiva como primera recomendación: "Desarrollar procedimientos en cada país para la planificación de recursos humanos en salud como una parte integrante de la planificación en salud" (12). La Conferencia de Canadá, por su parte, especifica en su primera recomendación: "Promover el desarrollo de programas nacionales de planificación de recursos humanos de salud integrados a la planificación nacional de salud" (13). Obsérvese que en ambos casos se habla de planificación de salud y no de servicios de salud.

Dada la importancia que adquiere para la administración de salud, citamos algunos de los conceptos y decisiones que alcanzan gran difusión: la integración docente-asistencial, la creación de direcciones de recursos humanos en la mayoría de los ministerios de Salud; la elaboración de políticas de recursos humanos de carácter sectorial; la recomendación de la creación de nuevos tipos de personal; la reestructuración de las clases de personal según las funciones que deben desempeñar; el abandono de las proyecciones exclusivamente cuantitativas para la determinación del número de profesionales y de otros niveles de personal necesario; la necesidad de la formación integrada del equipo de salud.

* En el orden nacional, recuérdese, en la misma línea de pensamiento, la Conferencia Argentina de Educación Médica (Mendoza, 1986).

En el área de la administración de salud, paralelamente a las corrientes de pensamiento de la década anterior y a la incuestionable influencia de los conceptos provenientes del área de recursos humanos en salud señalados, se advierte asimismo la penetración de algunas tendencias que van marcando el ritmo del futuro, cuyo origen puede rastrearse en factores sociopolíticos y económicos dominantes en aquellos años, así como en la orientación que van imponiendo la evolución de la medicina y la atención de la salud.

Desde su mismo origen y por diversas razones, la salud pública constituyó un universo aparte de la atención de la salud individual. Las vicisitudes registradas a través del tiempo entre ambos enfoques, sus motivaciones, sus alternativas, las ventajas y los perjuicios de esta separación constituyen uno de los capítulos centrales de la historia de la medicina y de la salud pública.

Al margen de que determinados argumentos y razones pueden ser utilizados para demostrar hipótesis contradictorias, y de los cambios que han contribuido en los últimos lustros a transformar el concepto mismo de lo que hoy entendemos como "salud pública", en los años recientes se produjo un movimiento de acercamiento entre la atención individual y la colectiva, provocado, entre otros factores, por la complejidad alcanzada por ambas. Tal como lo expresa el documento de un grupo de expertos de la Comunidad Europea:

[...] las decisiones tomadas en la atención de un paciente individual son críticas en la determinación tanto de su efectividad como en el uso de los recursos de los servicios de salud. Esta delegación de la autoridad para la toma de decisiones al nivel clínico es un pre-requisito para una buena atención del paciente; pero al mismo tiempo, la capacidad para usar los recursos es, en su naturaleza, una característica gerencial (14).

En la misma línea de evolución, la creciente complejidad de los hospitales, su transformación en la pieza central de las prestaciones de salud, los costos crecientes, el aumento de los porcentajes de los presupuestos nacionales y de la seguridad social que se destinan a atención médica, hizo de la administración de los hospitales un aspecto apremiante de nuestra sociedad. Como consecuencia, se trasladó a las escuelas de salud pública y organismos docentes similares la responsabilidad de la formación de administradores hospitalarios que contribuyeran a solucionar estos problemas.

Dejando para más adelante el análisis de la filosofía implícita en esta demanda y su debilidad estructural, al concentrar el problema en solo un nivel gerencial la consecuencia fue una expansión de los aspectos administrativos institucionales en los programas de for-

mación de los diplomados en salud pública, a costa de otros conocimientos. Los cursos de salud pública fueron así acercándose en su contenido a los de administración y organización hospitalaria, cuyo objetivo era la capacitación de profesionales médicos para un manejo más eficiente de los hospitales.

Paralelamente, los organizadores de los cursos de administración y organización hospitalaria, que se multiplicaron en todo el país, ya que respondían a una demanda real del sistema de atención, advierten que el nivel hospitalario exclusivo resulta insuficiente para la comprensión y la solución de los problemas de la atención médica, por lo cual amplían su contenido incluyendo áreas típicas de la docencia en salud pública: epidemiología, demografía, ciencias sociales, ecología, seguridad social, planificación, etcétera.

La homologación de las currículas de ambas orientaciones si bien puede encontrarse en numerosos países y es expresión de una tendencia general, resulta especialmente visible en la Argentina, dadas las circunstancias político-institucionales que vivieron nuestros organismos docentes en los últimos lustros, y adquiere mayor proyección precisamente por la falta de evolución de los organismos universitarios responsables de liderar el sector. No existe, en efecto, ningún factor cualitativo de peso que distinga los cursos de diplomados en salud pública de estos cursos de administración y organización hospitalaria, tal como se analizará más adelante.

La segunda tendencia que es importante señalar en nuestro análisis es la creciente importancia que adquirieron en la década del setenta las técnicas cuantitativas en el campo de la administración de salud y sobre todo en la docencia. No se trató, por supuesto, de un fenómeno súbito ya que: desde años anteriores era visible la tendencia a aplicar en la atención de la salud técnicas que prevalecían en otras áreas y disciplinas. En la docencia en salud pública se enseñaban conceptos y técnicas administrativas, estadísticas, sociológicas, etc., para su eventual aplicación en los servicios y programas de salud. Sin embargo, su aplicación en las actividades era relativa y en muchos casos solo se concretaba en áreas de demostración, sin impacto real en el sector.

De acuerdo con esta tendencia, desde mediados de la década del sesenta adquiere mayor intensidad la enseñanza de técnicas cuantitativas, tendencia que se acentúa en la década del setenta hasta el punto de que el nivel de modernidad de una escuela se mide según el grado en que estas técnicas figuran en el contenido de los cursos (15). Metodología de planificación, técnicas de investigación operativa (combinación óptima, teoría de la cola de espera, teoría

de los stocks, teoría de los juegos), programación lineal, modelos matemáticos, camino crítico y PERT (Program Evaluation and Review Technique), análisis de costo-beneficio, PPBS (Program Planning Budgeting System), técnicas sistémicas y simulación, comienzan a ser moneda corriente en la docencia en salud pública y se incluyen en el contenido de la enseñanza de las escuelas en la forma en que cada una de ellas puede hacerlo de acuerdo a circunstancias y posibilidades de contar con los especialistas respectivos.

Desde el punto de vista de las escuelas y su problemática, resulta lógica la tentativa de adoptar técnicas en boga en áreas de mayor poder social y prestigio que la administración de salud, tales como la administración empresarial, el ámbito militar y el campo científico, generadoras e impulsoras de estos conceptos y métodos. Estas nuevas técnicas cuantitativas impulsadas por el autorreconocimiento de la obsolescencia de la docencia tradicional y compelidas a favorecer cambios en su estructura y funciones para hacer frente a las necesidades de la atención de la salud de un modo efectivo, aparecían como el camino lógico para la capacitación del personal en administración de salud.

Por otra parte, las herramientas y los conceptos tradicionales usados por la salud pública resultaban de fácil adquisición por parte de otras instituciones docentes y de las organizaciones responsables de la atención, hasta el punto de transformarse en rutinas. En consecuencia, la docencia en salud pública se presenta homogeneizada y sin una neta diferencia entre ámbitos universitarios y otras áreas de capacitación de organizaciones profesionales o ministeriales, con cursos para la cobertura de sus posiciones administrativas.

No se trata de una síntesis inteligente que complementa la tendencia a la generación de conocimientos y estudios de problemas por un lado y a su aplicación a ámbitos específicos, por otro, sino de una simple conjugación que las nivela para su adaptación al sistema de docencia y de atención de la salud imperantes. A pesar de ello, y aun aceptando que la enseñanza de estas técnicas cuantitativas tiene como una de sus motivaciones restablecer esta diferencia para mantener su identidad y su estatus, de ninguna manera puede descalificarse este esfuerzo de las escuelas, ya que obedece fundamentalmente a su vocación tradicional de introducir técnicas que pudieran resultar de utilidad para la mejor atención de la salud y ser adoptadas por todos los sectores con responsabilidad en el área.

Bailey (16), uno de los impulsores de estos nuevos métodos cuantitativos, lo enuncia claramente en una reunión:

Nosotros estamos interesados no solamente en la acumulación de conocimiento científico básico, sino también en los problemas de la aplicación de este conocimiento para su aplicación a la sociedad. Queremos saber cómo se producen las enfermedades y también ser capaces de prevenirlas y curarlas. Nosotros queremos conocer al fenómeno salud-enfermedad en la comunidad y también queremos saber cómo usar el conocimiento científico de la mejor manera posible... Nosotros queremos pensar más claramente, científica y matemáticamente, sobre los problemas de organización y administración. Este es, esencialmente, el campo de la investigación operativa y la ingeniería de sistemas.

Pero estas técnicas apuntan fundamentalmente a la toma de decisiones, y la realidad nos demuestra que el sistema educativo tiene muy poco peso en la adopción de decisiones del sector salud, a pesar de todos los esfuerzos para concretar la integración docente-asistencial, razón por la cual las posibilidades de éxito eran muy limitadas. Aun cuando los profesionales egresados de las escuelas de salud pública dominaran el *know-how* y las estrategias de aplicación de estas técnicas, las decisiones del sector seguirían (y siguieron) siendo adoptadas con otros criterios y motivaciones distintos de los que señalara la racionalidad resultante de la aplicación de este arsenal conceptual y metodológico, con la consiguiente frustración de los planificadores y administradores de salud.

Así, pues, una vez más, a pesar del esfuerzo realizado, los problemas de fondo de las escuelas y de la docencia en administración de salud —contribuir con sus egresados a racionalizar el sistema de atención— se mantuvieron sin alteraciones sensibles y las técnicas cuantitativas fueron perdiendo su condición de panacea para ir ocupando paulatinamente el papel de un eslabón más en la cadena del conocimiento y la acción para la salud, cuyo uso puede ser útil de acuerdo a las exigencias de la realidad y de cada circunstancia.

Lamentablemente, gran parte del proceso de aplicación de técnicas cuantitativas no se concretó en forma racional para su aplicación y evaluación prospectiva, sino de acuerdo con las posibilidades de cada institución y como incorporación de una nueva asignatura cuando se disponía del profesor necesario, generalmente proveniente de otro sector (ciencias exactas, matemática, ingeniería), pero sin profesionales de salud capacitados para absorber y compartir esta experiencia y asimilar estas técnicas como propias del sector.

En consecuencia, se incorporaron al currículum como asignaturas nuevas, pero sin posibilidades evolutivas: desde el punto de vista del desarrollo de la salud pública, en última instancia solo se

profundizó la ortodoxia existente, es decir, se acrecentó la complejidad de un mismo enfoque sin cambios cualitativos de fondo.

La década del ochenta

Una visión panorámica de la década del ochenta señala como corriente de pensamiento predominante en salud la movilización que generan la declaración de Alma Ata y la difusión de la atención primaria con todas las acepciones que incorpora y arrastra; adquieren importancia las ciencias políticas como resultado de la comprobación de los factores realmente decisivos en la sociedad; la planificación estratégica como reacción frente a la planificación normativa de las décadas anteriores; la descentralización y la administración local de las actividades y los conceptos de participación, así como de la denominada "gestión" como enfoque global de la administración de salud.

Las escuelas e instituciones similares se constituyen en ámbitos de resonancia y difusión de estos conceptos que alcanzan gran penetración en el sector salud, fundamentalmente en el área conceptual, en el discurso político, en las publicaciones nacionales y de los organismos internacionales, y en la cátedra. En la práctica, sin embargo, el sector salud se mueve en función del pensamiento médico predominante, de las decisiones políticas coyunturales, de las circunstancias económicas imperantes y de las corrientes ideológicas que caracterizan la década.

En relación con las necesidades de salud de la población, con la implementación de políticas coherentes con el discurso enunciado, con los avances hacia la equidad y hacia la cobertura total de la población, con la evaluación del incremento de la eficacia de las acciones de salud, con la eliminación y el control de los riesgos, el desarrollo de las administraciones locales y la desburocratización y la participación de la población, las escuelas y las organizaciones docentes aparecen en la marginalidad y no en el centro de las decisiones. En consecuencia, el viejo problema de la función y de la utilidad real de la docencia en salud pública, y en especial de las escuelas, para contribuir a la solución de los problemas de salud a través de la capacitación de personal, sigue en pie.

Si bien se trata de un proceso general y visible con mayor o menor nitidez en todos los países, resulta de interés señalar la reacción de los organismos docentes en los distintos países y aun en las instituciones. Particularmente en la Argentina, podemos afirmar sin temor a equivocarnos que frente a un mundo cambiante y exi-

gente en lo que hace a salud, frente a un concepto de salud pública que ha evolucionado sensiblemente, nuestros organismos docentes mantienen características que no han variado desde fines de la década del sesenta es decir desde que se manifestó vivamente la crisis y se instó a promover cambios en profundidad.

La demostración clara surge de la observación de la trayectoria de las escuelas de salud pública universitarias; nada en ellas evidencia cambios significativos: ni su estructura, ni su relación con los servicios de salud, ni su interacción con la tecnoestructura de la medicina y de la atención de la salud, ni sus investigaciones, ni el tipo de cursos que realizan, ni aun el patrón de conflictos que las aquejan, registran cambios significativos en los últimos veinte años.

Esta comprobación denota una sintomatología especialmente grave en relación con organismos similares de países hermanos, por lo cual cabe preguntarse, cuáles fueron las razones que frenaron el impulso de cambios que alentaba a la Escuela de Salud Pública de Buenos Aires y a otros organismos docentes a principios de la década del setenta. Y es que no solo hemos permanecido estancados en esa época, como una película que se detiene, sino que ni siquiera hemos intentado las modificaciones que introdujeron numerosos países de América Latina, ensayando otros esquemas y tratando de adecuar su estructura, sus funciones y sus cursos a los cambios que la realidad reclamaba.

En efecto, frente a la crisis de la docencia en salud pública, pueden advertirse en los países de la región dos tipos de reacción. Por un lado, en algunos casos, la reacción consistió en reforzar y modernizar la enseñanza de asignaturas tradicionales que se consideraron prioritarias, tales como epidemiología, administración y ciencias sociales, en tanto se crearon nuevos niveles de capacitación para responder a la necesidad de especialización y perfeccionamiento que exige la complejidad de la salud pública de nuestros años.

Quizás el ejemplo más claro de esta orientación lo brinda la Facultad de Salud Pública de la Universidad de San Pablo —probablemente la escuela de estructura académica más sólida de América Latina—, que a partir de modificaciones que se van conformando a través de varios años y aprovechando cambios en las reglamentaciones educativas nacionales y universitarias, oficializa el curso tradicional de Salud Pública como curso de especialización, en tanto establece —conectados entre sí— los niveles de *mestrado* y doctorado para la profundización de los conocimientos en áreas específicas de la salud pública, así como la formación de docentes e investigadores.

Otra tendencia hacia el cambio parte de la base de que las insti-

tuciones existentes, y especialmente las universidades tradicionales, son muy lentas en sus reacciones frente a la velocidad de las transformaciones que se producen en la sociedad actual, por lo cual el camino adecuado es la creación de nuevas instituciones con la flexibilidad y la capacidad de respuesta adecuada para ajustarse rápidamente a estas transformaciones, a la evolución de la salud pública y a las expectativas y necesidades de la población. Ejemplos de este tipo lo constituyen el Instituto de la Salud en México; la PROAHS de la Getulio Vargas en Brasil, o la Comisión Interfacultades para la Administración de Salud en Chile, entre otras.

En 1987, la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires elaboró un proyecto de este tipo que fue aprobado por la Facultad de Medicina, para luego quedar paralizado a nivel del Consejo Superior de la Universidad. Recientemente, la Universidad del Salvador ha aprobado una carrera de salud pública que culmina en doctorado y la Universidad Maimónides ha elaborado un proyecto en esta misma línea de capacitación.

En la Argentina, ninguna de estas dos orientaciones se ha concretado en experiencias sostenidas y valederas para movilizar el sector. La relectura de documentos escritos hace veinte años revela en forma patética la falta de impulso renovador en la docencia de salud pública. Quizá puedan encontrarse algunos intentos con voluntad de renovación, pero el panorama general de la docencia de posgrado en salud pública puede clasificarse como desalentador por la falta de esfuerzos de peso suficiente que permitan cambiar la tendencia hacia el inmovilismo.

De no mediar un impulso renovador poderoso, lúcido y sostenido, la observación de los factores predominantes permite vaticinar la acentuación de esta decadencia entrópica. La opción es seguir cómodamente la corriente o bien observar críticamente al sector y comenzar a respondernos con franqueza las preguntas inquietantes que plantea la realidad. Por ejemplo, entre otras cuestiones, preguntarnos cuál es la contribución de los egresados de los cursos de salud pública a la conducción del sector en los últimos lustros y en los distintos roles posibles; cuál ha sido su disponibilidad para acceder a la bibliografía internacional e incluso nacional; qué recursos y de qué estructura disponen para desarrollar investigaciones; en qué ámbito la enseñanza de áreas como epidemiología, ciencias sociales o técnicas de gestión están a la altura de su desarrollo actual; dónde adquirir los conocimientos sobre planificación estratégica o de computación en forma tal que pueda aplicarlos a sus tareas en el sector; que ámbito docente, qué curso ha superado la enseñanza lectiva

tradicional; en qué medida la evaluación de los cursos permite su perfeccionamiento a fin de superar la rutina tradicional; cuál es el destino actual de los egresados y en qué medida se ha aprovechado su experiencia para realimentar la docencia; como ha evolucionado la procedencia y las motivaciones de los aspirantes a perfeccionarse en salud pública; qué cursos responden a objetivos prefijados y en qué forma y por quiénes y cuándo fueron establecidos estos objetivos.

Por otro lado, la realidad nos enfrenta con una demanda copiosa y variada de postulantes con distintas motivaciones y niveles, y con diferente necesidad y apetencia de conocimientos: graduados jóvenes y aun de la generación intermedia con una comprensible avidez de perfeccionamiento y especialización, destacados clínicos y especialistas con sumo interés en evaluar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que utilizan en su práctica; numerosos médicos asistenciales interesados en conocer la estructura y el funcionamiento del sistema de atención; autoridades interesadas en ejecutar programas de descentralización sanitaria y elaborar programas de salud para solucionar problemas y situaciones provocadas por los sucesivos ajustes económicos que castigan en forma crónica a la población de menores recursos; dirigentes políticos, sindicales, empresariales y comunitarios que buscan asesorarse sobre planes efectivos de salud y conocer investigaciones sobre problemas sociales y sanitarios.

Difícilmente la oferta de cursos de posgrado vigentes pueda conducir a la satisfacción de estas demandas y necesidades del país, de su población, de sus instituciones y de sus dirigentes. Similar dificultad se encontrará probablemente si se pretende hallar un ámbito de reflexión sobre el pensamiento y la acción para la salud en la Argentina de hoy, y, asimismo, si se pretende asesoramiento lúcido y práctico sobre planes y programas de salud o un proyecto de investigación de mediano calibre.

De ninguna manera se trata de una crítica particularizada a los actuales responsables de la docencia en salud pública, sino de la descripción de un proceso que ha afectado al sector en forma sostenida, a fin de promover una toma de conciencia indispensable para arbitrar soluciones que pongan en marcha una reversión del proceso. Las instituciones responsables de la capacitación en salud pública deben asumir la responsabilidad de aprobar esta "asignatura pendiente" que tienen con la sociedad argentina a fin de favorecer la modernización que nos permita acceder al fin del siglo con un sector salud capaz de responder a las necesidades de la población cualquiera sea la coyuntura política en que se desenvuelva el país.

Este cometido es la expresión argentina de un problema general

en la capacitación en salud pública que se manifiesta con distinta sintomatología en cada uno de los países y alrededor del cual se centra hoy la formación de líderes para el sector salud en todos sus niveles. Experiencias de distinto tipo se han puesto en marcha en nuestra región y en todo el mundo para enfrentar el problema. La etapa de las escuelas de salud pública y de la capacitación en salud pública, tal como se ha encaminado desde hace ochenta años, parece haberse agotado, y así como a principios de siglo su creación fue la respuesta a los problemas que el siglo presentaba, el complejo mundo de hoy exige una nueva propuesta con potencial evolutivo para la sociedad de nuestros días y de las próximas décadas.

Como se comprende, la dinámica de los problemas y las propuestas para diseñar alternativas futuras, si bien involucra el papel de las escuelas, de sus egresados y de la capacitación en salud pública en general, desborda largamente su ámbito. En efecto, el nivel de las decisiones centrales está asociado a variables de mayor amplitud social, tales como la organización del sistema de atención de la salud y de formación de personal; la filosofía que inspira las decisiones políticas; la orientación de la educación médica, y el interjuego de los intereses de los sectores económicos y profesionales gravitantes en el proceso, entre otras variables que lo determinan y condicionan.

Sin embargo, aun aceptando esta realidad y la relatividad de nuestros esfuerzos, la tentativa no puede dejar de encararse por parte de los responsables de la capacitación sin abdicar del cumplimiento de su papel. En este sentido, su intervención debe ser catalizadora, para conjugar el esfuerzo de los distintos ámbitos con injerencia en salud, sean o no médicos. Y si bien las decisiones en muchos casos escapan a su voluntad, la elaboración de alternativas aceptables y de imaginar y hacer posible soluciones creativas y novedosas constituyen obligatoriamente su responsabilidad. Esta responsabilidad es insoslayable y por ella seremos juzgados.

Referencias bibliográficas

1. Fee, E. *Disease and discovery. A history of the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health. 1916-1939*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1987.
2. OPS. Las Escuelas de Salud Pública. Encuesta. *Educación Médica y Salud*, 3 (3), Washington DC, 1969.
3. OMS. *Recommended Requirements for Schools of Public Health*. Tenth Report of the Expert Committee on Professional and Technical Education

of Medical and Auxiliary Personnel. Serie de Informes Técnicos N° 216, Ginebra, 1961.

4. OPS. *Conferencia sobre escuelas de Salud Pública*. San Miguel Regla, México, 1959. Publicación Científica N° 49, Washington DC, 1960.

5. Carrillo R., Planes de Salud Pública. 1952-58. *Obras Completas*, IV, Buenos Aires, Eudeba, 1975.

6. Sevlever, D. Entrega de los diplomas a los graduados de las escuelas de salud pública de América Latina. *Revista de Salud Pública N° 5*. Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires, La Plata, 1963.

7. OPS. IV Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública en América Latina. Puerto Rico, 1965. Washington DC, Publicación Científica N° 141, 1966.

8. Sonis A. Integración de la educación de los profesionales del equipo de salud. Relato central de la I Conferencia Argentina de Educación Médica. Mendoza, 1968. *Anales de Sanidad*. Año XI, Santa Fe, enero-diciembre de 1968.

9. Santas A. Schools of Public Health in Latin America. En *Schools of Public Health. Present and future*. Nueva York, Macy Foundation, 1974.

10. Sonis A. Escuelas de salud pública. Tendencias y perspectivas para la década del 70. VII Conferencia de Escuelas de Salud Pública de América Latina. *Educación Médica y Salud* 6 (1), 1972.

10°. Sonis, A., nota editorial de *Cuaderno de Salud Pública* N° 4, Escuela de Salud Pública. Universidad de Buenos Aires, junio de 1970.

11. OMS. *Conferencia de directores de escuelas de salud pública. Informe de una Conferencia Interregional*. Serie de Informes Técnicos N° 351, Ginebra, 1967.

12. OPS. Plan Decenal de Salud para las Américas. Relato final de la Tercera Conferencia Especial de Ministros de Salud de las Américas. Documento Oficial N° 118, Washington DC, 1973.

13. OPS. *Primera Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud*. Ottawa, Canadá, 1973. Publicación Científica N° 279, Washington DC, 1974.

14. OMS. Regional Europa. *Education of Managers in Health Services*. Report on a Working Group. Düsseldorf, 1977. ICP/HSD 043. Copenhagen, 1978.

15. OMS. *Enseñanzas teóricas y prácticas de perfeccionamiento en salud pública*. Informe de un Comité de Expertos. Serie de Informes Técnicos N° 533, Ginebra, 1973.

16. OMS. Regional Office for Europe. *Health Operations Research. Report on a Seminar*. Bucarest, Rumania, 1969. Euro 0408. Copenhagen, 1971.

17. *Catálogo de Pos-Graduação em Saúde Coletiva. Brasil, 1987*. Associação Brasileira de Pos-Graduação em Saúde Coletiva. Río de Janeiro, 1986.

18. OPS. Documentos de la VI Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina. Medellín, 1969. *Educación Médica y Salud* 4 (1 y 2), 1970.

19. Evans, R. *Medicación y gestión de los servicios médicos y sanitarios*.

Necesidad y oportunidades de formación profesional. Nueva York, Fundación Rockefeller, 1982.

20. AUPHA (Asociación de Universidades con Programas de Administración en Salud). *Educación en Administración de Salud en América Latina y el Caribe*, 1987-88. Estados Unidos de América, 1987.

21. OMS. Investigaciones de práctica sanitaria y métodos matemáticos de gestión. Grunoy F. y Reincke W.A. *Cuadernos de Salud Pública* N° 51, Ginebra, 1974.

22. OMS. Estrategias educativas para las profesiones de salud. Miller, G. y Fulop T. (eds.), *Cuadernos de Salud Pública* N° 61, Ginebra, 1975.

23. OMS. *Training Manpower for Health Administrations.* Report on the Working Group on Specific Problems of Schools of Public Health. Bruselas 1975. Regional Office for Europe. ICP/HMD 020, Copenhagen, 1976.

AREAS CRITICAS EN LA FORMACION DE PERSONAL DE SALUD PUBLICA. ELEMENTOS PARA EL DEBATE

Abraam Sonis

Propósitos

La finalidad de este documento es ofrecer un enfoque en profundidad sobre la docencia en salud pública en general y los problemas que ella plantea en la Argentina en particular, y contribuir con el diseño de propuestas que ayuden a mejorar la situación que hoy presenta el país en esta materia, tal como fue analizado en nuestro trabajo "Docencia en salud pública. Caracterización y evolución". (véanse págs. 35-71)

Incluida en este propósito se encuentra la convicción de la profunda crisis que vive la docencia en salud pública entre nosotros y su atraso relativo en relación con otros países latinoamericanos, así como la necesidad de tomar conciencia de ella como paso previo a la elaboración de alternativas que permitan superarla, revirtiendo las tendencias negativas y estimulando proyectos de modernización y perfeccionamiento.

Por otra parte, las circunstancias político-institucionales que ha vivido la docencia en salud pública en los últimos 15 años no resultaron propicias para el conocimiento y difusión de las discusiones conceptuales y de las experiencias realizadas en el resto del mundo y aun en América Latina, expresión de la crisis de identidad y de los cambios que vive el sector. En consecuencia, entendemos que generar una oportunidad para el análisis y el intercambio de ideas sobre el tema constituye de por sí un esfuerzo valioso para actividades posteriores.

No se trata de recomendar soluciones ni de intentar consensos, ni de presentar caminos exitosos, sino de acercar conceptos de distinta categoría que favorezcan discusiones, susciten diferentes puntos de vista, provoquen análisis controvertidos y estimulen un esfuerzo conjunto para la puesta en marcha de actividades que contribuyan con el cumplimiento del objetivo de la docencia, que es coadyuvar al cumplimiento de las actividades destinadas a solucionar las necesidades de salud de la población.

La docencia en salud pública y los objetivos del sistema de atención

El análisis de la docencia en salud pública debe tener como pun-

to de partida su ubicación en el contexto de la atención de la salud, que a su vez se ubica en el ámbito sociocultural de cada sociedad y época histórica. El desarrollo de una línea de análisis del tema puede hacerse tomando puntos de partida muy diversos en función de distintas variables de acuerdo con los conocimientos o con las ideas de quienes proceden a este análisis.

En nuestro caso particular, creemos que resultaría de utilidad bosquejar este análisis en función de los objetivos asumidos por la docencia en salud pública o atribuidos a ella por la sociedad, objetivos que no pueden separarse de aquellos que caracterizan al sistema de atención de la salud. Se acepta hoy que el objetivo es lograr un sistema de salud que reúna las condiciones de eficiencia, eficacia y equidad. Tanto los programas y políticas de los países, como los acuerdos internacionales insisten en que estas condiciones son los requisitos indispensables de un sistema de salud moderno y actualizado.

En consecuencia, los organismos docentes deberían formar el personal idóneo para concretar estos objetivos. Una revisión histórica demostraría que estos requisitos fueron los propósitos permanentes de los sistemas de salud y de los organismos formadores de personal. Con distintas denominaciones, con diferentes matices a través del tiempo, y en función de los conocimientos de cada época y de los objetivos políticos en cada caso particular, es posible rastrear estas tres categorías.

Con manifestaciones propias de cada una de ellas, con predomios alternativos, entremezcladas en distintas dosis según las circunstancias políticas y socioculturales de cada época, la eficiencia, la eficacia y la equidad se han manifestado permanentemente a lo largo de la historia, una historia que si bien en nuestro caso comienza hace 100 años, en realidad se remonta a muchos siglos atrás. Y tomamos como referencia 100 años atrás para ubicarnos en momentos en que coinciden el auge expansivo comercial y militar de los estados industrializados luego de su consolidación definitiva, los movimientos sociales que conforman las corrientes políticas de nuestros días y el despegue científico-tecnológico que cambiaría la faz del planeta y nuestras modalidades de vida.

En la realidad, en lo que hace al "sistema de salud pública", su esencia consistía, y en gran parte aún consiste, en un conjunto de actividades cuyo objetivo estriba en optimizar la oferta de recursos que las distintas sociedades —o quizá los distintos gobiernos— destinan a la atención de la salud de su población y, fundamentalmente, a la atención de la enfermedad. Y la capacitación en salud

pública constituye el mecanismo por lo común utilizado para la formación de los profesionales responsables de esta tarea, centrada fundamentalmente en mejorar la eficiencia de los programas de control de afecciones en la primera mitad del siglo y de los establecimientos de atención en la segunda mitad.

La historia de la salud pública muestra claramente cómo las acciones que caracterizan el quehacer sanitario —el saneamiento ambiental y el control de las enfermedades transmisibles y epidémicas— centraron su cometido en la eficiencia de sus actividades valoradas cuantitativamente: porcentaje de la población inmunizada y porcentaje de la población con disponibilidad de agua y alcantarillado, por ejemplo, sin atender a la calidad de la inmunización ni a las características de los grupos sociales que usufructuaban ambientes saneados.

Lustros más tarde, y en forma similar, al incorporarse la administración hospitalaria al área de lo que se denominaba salud pública, el énfasis recae en la eficiencia y en la cuantificación de recursos, enfermos y resultados: camas por habitante, promedio de días de estada, giro de pacientes, recursos insumidos según número de egresos, costos, etc.; es decir, lo que se entendía clásicamente como administración hospitalaria. Este predominio de la eficiencia no debe oscurecer, sin embargo, la preocupación por la eficacia, que si bien no alcanza el nivel de interés por la eficiencia, registra antecedentes valiosos, algunos de los cuales merecen ser citados.

En efecto, basta recordar el famoso estudio sobre el estado de los hospitales docentes realizado en los Estados Unidos en la segunda década del siglo (similar al estudio de Flexner sobre las escuelas de medicina), que concluyó por ser incinerado en los sótanos del hotel donde se efectuaba la reunión del American College of Surgeons, dado que su publicación significaría la clausura de la mayoría de los hospitales de los Estados Unidos. Este estudio significó, sin embargo, la puesta en marcha de las investigaciones sobre auditoría médica y la institucionalización del movimiento de acreditación de los establecimientos hospitalarios.

Válido resulta asimismo, como ejemplo, la labor de la Comisión del Estudio de Costos Hospitalarios, de la Asociación Norteamericana de Salud Pública, cuyas investigaciones en la década del treinta desbordan largamente los análisis de costos para incursionar con valentía en aspectos que hacen a la eficacia y a la equidad en la atención, provocando los consabidos conflictos con sectores que sintieron amenazados sus intereses.

Es que el análisis de la equidad en el sector salud presenta

aspectos críticos, dado que golpea de lleno en la organización misma de nuestras sociedades y en su estructura económica. Más aun, nos obliga a introducirnos en aspectos políticos e ideológicos y en la profundidad misma de la condición humana, en nuestra relación con el prójimo y nuestro sistema de valores, discusión que sin duda desborda el objeto de este informe.

Dada la dimensión que ha alcanzado el sistema de atención en los últimos años, con la difusión consiguiente de la administración de salud y el interés que ha despertado en numerosos sectores que descubrieron en qué importante medida la organización de dicho sistema y su atención afecta o despierta sus intereses, la falta de visión histórica de alguno de estos nuevos protagonistas puede hacer aparecer la equidad como un fenómeno reciente —la Conferencia de Alma Ata, por ejemplo— cuando, en realidad, viene del fondo de la historia, y en el caso concreto del nacimiento de la salud pública moderna este afán de equidad desempeña un papel fundamental.

Desde la declaración de los principios de igualdad y fraternidad de la Revolución Francesa y del “derecho a la felicidad” de todos los ciudadanos que, establecido por la Constitución de los Estados Unidos, se extiende a los demás países de América y a todos los movimientos revolucionarios y sociales del siglo XIX que procuran mejores condiciones de trabajo y de vida, la búsqueda de la equidad constituye, con distintos nombres, uno de los basamentos fundamentales de la salud pública, que desemboca en nuestros años en el “derecho a la salud” para todos, inscripto ya en constituciones nacionales y aceptado en tratados internacionales.

Como se comprende, la preparación de profesionales capaces de desarrollar y participar en sistemas de atención eficaces, eficientes y equitativos no resulta tarea fácil ni tiene fórmulas mágicas dada la amplitud de enfoques, de disciplinas y de técnicas que intervienen en ella, así como la complejidad del entorno en el cual se llevan a cabo las actividades de salud y las características de nuestra sociedad en este fin del siglo.

Una somera ejemplificación de los aspectos y contenidos que comprenden estos objetivos dan una idea general sobre las dificultades de la tarea docente. Así, en lo referente a eficacia se trata además de evaluar la calidad y el resultado del sistema de atención, de desarrollar el pensamiento crítico de los profesionales a fin de posibilitar la determinación del valor real de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos usados en la práctica, tanto en el campo de la atención individual como de las instituciones y de los progra-

mas y políticas de salud. Se trata, por ejemplo, de responder preguntas tales como: ¿en qué medida hacemos lo que decimos o lo que creemos que estamos haciendo? ¿Qué valor tienen los exámenes y las pruebas que realizamos y las cifras e indicadores que manejamos? Estos interrogantes constituyen solo la punta de un ovillo de preguntas, simples unas, complejas otras, que cubren extensos volúmenes con discusiones y experiencias.

Como punto de partida, la valoración de la eficiencia debe tener presente que se trata de un medio y no de un fin, y que el objetivo del sistema de atención de un país es mejorar la salud de la población y no disminuir costos sin atender a los resultados. Cabe a los administradores de salud la responsabilidad en relación con el uso óptimo de los recursos de que se dispone, y esta es una pesada responsabilidad frente a la falta de coordinación, las superposiciones de jurisdicciones, la utilización deficiente de los recursos, las fallas en la organización y en la implementación de los programas, la burocracia paralizante, el concepto anticuado que asimila la actividad en atención de la salud con la producción en serie, en la que se deben sumar insumos en la cadena de producción, en esencia, todas las deficiencias administrativas que provocan despilfarro en la escasez, despilfarro que de acuerdo con estudios efectuados por la OPS llega a cientos de millones de dólares anuales.

La aceptación de que la equidad es un objetivo del sistema de atención incorpora a la docencia en salud pública características que si bien han estado siempre presentes, no habían alcanzando el consenso actual, no solo de los especializados en salud pública, sino de toda la sociedad, al menos en teoría. Quizás en la discusión a fondo del concepto de equidad resida el aspecto fundamental de todo el espectro del proceso salud-enfermedad, su atención y la administración de esta atención. Dejando de lado los aspectos filosóficos y jurídicos involucrados fuertemente en el tema, y que hacen a la justicia distributiva y al derecho a la salud, y ateniéndonos exclusivamente a lo sanitario, el concepto de equidad nos lleva de lleno a un problema básico de la salud pública: la macroasignación de recursos entre los distintos grupos de población y entre las distintas patologías, es decir, lo que habitualmente conocemos como prioridades.

El problema se presenta prácticamente en todos los niveles de la administración de salud y obliga a decisiones no siempre fáciles, tanto por parte de los responsables de los establecimientos como de quienes formulan la política de salud, gobiernan la seguridad social o implementan programas que cubren núcleos importantes de población. En épocas de crisis económica las dificultades se agudizan, tal

como sucedió en América Latina en la década pasada y casi seguramente ocurrirá en la presente, con lo cual a los administradores de salud quizá solo les quede como responsabilidad primordial administrar la crisis que vive el sector. Pero también esto debe hacerse equitativa y eficientemente.

No es posible analizar en este documento la totalidad de los aspectos que presenta promover la equidad en la administración de salud, por lo cual nos limitaremos a señalar dos conceptos que adquieren particular repercusión para los propósitos de este informe. Uno de ellos está referido al cambio que ocasiona centrar en la equidad el objetivo de los servicios de atención, ya que queda zanjada una discusión tradicional en el campo de la salud pública, que es la alternativa entre atender la demanda de atención o fijar el interés en las necesidades de la población.

En el primer caso, atendemos los problemas urgentes, aquellos que golpean diariamente a los administradores de servicios, que no se pueden dejar de atender, pero que distraen —si no son superados— de la atención de las cuestiones de largo plazo, es decir, de aquellas que hacen a los objetivos últimos del sistema. Por otra parte, atenernos exclusivamente a las necesidades involucra en primer lugar, establecer quién determina las necesidades y sobre qué bases lo hace y, en segundo lugar, desconocer demandas actuales, perentorias, en función de beneficios futuros, a plazos más o menos lejanos. En la medida en que consiga equilibrar las tensiones entre ambas tendencias, tendrá éxito el administrador de salud y disminuirá el costo político que significa optar entre frustrar expectativas individuales inmediatas, pero que repercuten emotivamente en la comunidad, o bien obstaculizar resultados a mediano plazo que, removiendo factores causales, encaren necesidades básicas, por ceder a presiones coyunturales.

Centrar la atención en la equidad trae aparejado un segundo efecto que atañe a una consideración fundamental para los administradores de salud, ya que hace a la conformación de toda la programación de salud de un país. En efecto, habitualmente fijamos la atención en los indicadores clásicos de salud, marcando las diferencias entre los países según su grado de desarrollo. Aparecen así sensibles diferencias entre el Norte desarrollado y el Sur en vías de desarrollo, entre los países centrales y los periféricos. Se trata de diferencias muy marcadas que, por supuesto, deben tratar de solucionarse reduciendo la amplia brecha económica existente entre estos países y eliminando las causas que provocan estas diferencias. No han merecido, sin embargo, la misma atención desde el punto de vista político ni acadé-

mico las desigualdades —la falta de equidad— en las condiciones de salud y su atención dentro de un mismo país.

Si nos atenemos a los países de América Latina, resulta evidente —a pesar de la escasez de estudios sistemáticos— que existen en el seno de la mayoría de ellos las mismas desigualdades que entre los países en desarrollo y los países desarrollados. Indicadores tradicionales tales como la mortalidad infantil en sus diferentes tramos, la mortalidad por enfermedades transmisibles, la desnutrición, la mortalidad materna, las enfermedades ocupacionales o la expectativa de vida, muestran alarmantes diferencias dentro de un mismo país. El nivel de ingreso de la familia, la escolaridad de la madre, la ocupación del padre, las distintas áreas geográficas, la composición étnica de algunas poblaciones, determinan diferencias dramáticas en un mismo país, entre los grupos privilegiados cuyos indicadores se asemejan a los de los países desarrollados, y los núcleos de pobreza e indigencia que conforman el cinturón de las grandes ciudades y que se aprecia también en numerosas áreas rurales.

La situación obviamente se extiende a todas las condiciones de existencia en estas áreas (educación, vivienda, servicios sociales, saneamiento ambiental, condiciones de trabajo) y revela lo que el Dr. Carlyle Guerra de Macedo calificó con justeza como la deuda social interna que nuestros países deben solucionar en forma perentoria a partir de la solidaridad nacional para efectivizar precisamente esta declamada equidad.

En esta importante tarea, los profesionales de la salud pública tienen un papel fundamental ineludible consistente en realizar los estudios pertinentes que demuestren en forma fehaciente —y no solo ocasionalmente— la magnitud del hecho y el déficit de justicia social que la falta de equidad revela. Llama la atención, en efecto, la escasa atención que los profesionales de la salud pública han dedicado a estudios de este tipo, así como la insuficiente difusión de una estrategia apropiada para la promoción de dichos estudios y de avances metodológicos.

Cabe preguntarse, en consecuencia, si nuestros organismos docentes de posgrado en salud pública están formando los profesionales que puedan ayudar a eliminar esta deuda social interna. La pregunta es asimismo válida si evaluamos la capacitación de nuestros profesionales para cumplir con los requisitos de eficacia del sistema de atención y aun de eficiencia —a pesar de ser el centro del interés del sector—, si pretendemos superar un mero enfoque eficientista para transformar esta capacitación en un medio que contribuya a la equidad y a la calidad de la atención.

Panorama de la docencia de posgrado en salud pública

Frente a esta responsabilidad, el sistema formador de personal de posgrado, representado fundamentalmente por las escuelas de salud pública, aparece en evidente déficit, si nos atenemos a la tónica predominante en el sector, dada la convicción con que se alude a la crisis en sus distintos aspectos y las críticas que van desde la metodología docente hasta a poner en duda la necesidad de su existencia.

Nuestro análisis de la situación de la República Argentina adquiere en gran parte vigencia general si atendemos a la mayoría de los documentos publicados en los últimos años, provenientes de ámbitos muy distintos, geográfica e institucionalmente, y representativos de sectores diversos y aun de intereses dispares.

Así, en 1977, en los Estados Unidos la Fundación Milbank encargó a un grupo formado por distinguidas personalidades del área de la salud y la educación un estudio sobre la formación superior de salud pública. El informe —que alcanzó gran repercusión— contiene una severa crítica a las escuelas de salud pública y señala un déficit en la formación profesional del personal de salud pública en relación con los problemas de salud de la sociedad actual. Registra, asimismo, la insatisfacción de los profesionales que asistían a los cursos por su falta de profundidad y utilidad práctica y por el atraso de su experiencia educacional; la preocupación de las universidades por el déficit de la calidad académica de la enseñanza, la ausencia de investigaciones y el desaliento generalizado por el aislamiento respecto de las escuelas de otras carreras y disciplinas de la misma universidad, de las escuelas de medicina y también de los servicios de salud y otras organizaciones comunitarias.

La comisión recalcó que el establecimiento de propósitos definidos en la enseñanza de la salud pública se veía obstruido por la estructura departamental de las escuelas, por “ciertos intereses especiales”, y por la formación heterogénea de los alumnos. La comisión de la Fundación Milbank concentró su estudio en las escuelas de salud pública, si bien analizó también otros tipos de capacitación de posgrado, a los cuales hizo igualmente objeto de serias críticas. Así, los programas implementados por las escuelas de administración demostraron tener muy poco contacto con el sistema de salud, y aquellos dependientes de los departamentos de medicina preventiva de las escuelas de medicina revelaron las mismas debilidades que las escuelas de salud pública, sin registrar mayor contacto con la docencia de pre y posgrado de su misma escuela médica (1).

A principios de la década del ochenta la Fundación Rockefeller, renovando el proyecto que hacia 1920 había impulsado la creación de escuelas de salud pública en todo el mundo como estrategia para el control de los problemas de salud (proceso que dibujó en gran parte el desarrollo posterior de las escuelas), encargó un estudio con el objetivo de determinar los medios adecuados para enfrentar las problemas de salud de nuestro tiempo y propiciar la formulación de observaciones concretas sobre las funciones que corresponderían a las escuelas de salud pública en la época actual.*

El estudio examinó las publicaciones recientes sobre la materia y recabó la opinión de personalidades destacadas de todo el mundo, pasando revista a la situación imperante en los cinco continentes (2). El resultado fue desalentador, tanto en los países centrales y desarrollados como en los periféricos. Así, en el capítulo dedicado a América Latina leemos:

La mayor parte de los programas académicos de salud pública en América Latina son considerados poco vigorosos y excesivamente teóricos para convertirse en los medios principales para efectivizar la prioridad de desarrollar una administración dinámica y creativa de los servicios de salud. Hay 10 escuelas de salud pública, la mitad patrocinadas por universidades, y 15 instituciones o departamentos de medicina social y preventiva. Sus funciones académicas están extremadamente recargadas, la dotación de personal es insuficiente, la enseñanza es teórica y las investigaciones resultan insignificantes, lo mismo que los trabajos prácticos. Algunas escuelas están profundamente influenciadas por la política** y tropiezan con dificultades para atraer buenos profesores y alumnos y, además, tienden a estar aisladas de otras disciplinas universitarias, la planificación y gestión de los servicios de salud y aun de los ministerios de salud que las patrocinan (2).

Esta situación se repite en los cinco continentes con características más o menos similares a pesar de las diferencias económico-sociales, culturales y políticas.

Del informe de Evans extraemos los siguientes conceptos:

Parece una ironía del destino que la salud pública, introducida para dirigir la atención hacia áreas de la salud dejadas de lado por la Medicina, es hoy acusada de estrechez de miras y de dedicarse a aspectos técnicos y reglamentaristas a expensas de los grandes problemas de la salud.

* El estudio fue encomendado a John R. Evans, decano fundador de la Facultad de Medicina de McMaster y presidente de la Universidad de Toronto, ambas de Canadá.

** La investigación se realizó en los años en que numerosos países latinoamericanos estaban bajo gobiernos militares *de facto*.

[...] con el tiempo, la formación y la práctica de la salud pública se han ido separando cada vez más de la esfera de las actividades de la medicina, independientemente de que las enseñanzas se ofrecieran en una escuela de salud pública o en un departamento equivalente de una escuela de medicina o dependencia gubernamental.

Esta separación ha tenido consecuencias desafortunadas. En primer lugar, los programas docentes carecen de la calidad y la rigurosidad necesarias. Los planes de estudio no suelen reflejar los progresos recientes de los conocimientos debido a la falta de contacto con disciplinas básicas tales como la economía, la gestión y las ciencias médicas y a las escasas oportunidades que tiene el profesorado de avanzar en su carrera a través de la investigación. En segundo lugar, el profesorado, al no participar en las actividades de los servicios de salud, se ve privado de la posibilidad de influir en el sistema o de abordar con más eficacia los problemas que se le plantean en la docencia.

Uno de los mayores desafíos con que se enfrenta la educación en materia de salud pública es vencer su aislamiento, por un lado, del estímulo intelectual de disciplinas académicas relevantes y por otro, de las realidades operativas del sistema de salud.

[...] Los problemas que experimenta la salud pública no se resolverán con la simple introducción de modificaciones en los programas de enseñanza.

[...] Evidentemente, se necesita más personal con mayor competencia para hacer frente a los importantes problemas de la planificación, evaluación y gestión de los servicios de salud y la promoción de las prácticas de salud.

Ya no resulta tan evidente que la formación en salud pública sea la vía para ocupar puestos de dirección en el sistema de salud. Por ejemplo, en los Estados Unidos, los oficiales de salud pública no estaban equipados para hacer frente a la rápida expansión de la industria hospitalaria y los gastos cada vez mayores en servicios personales de salud, por lo cual otras profesiones se movilaron para llenar esta brecha en niveles institucionales, estatales y federales.

[...] Hoy son muy pocos los administradores de categoría superior del sistema de salud provenientes del campo de la salud pública; no llegan a la mitad los oficiales médicos de los Estados Unidos que poseen formación en salud pública y aproximadamente una tercera parte de los decanos de escuelas en salud pública de los Estados Unidos no tienen título académico oficial en esta disciplina.*

[...] Las enseñanzas de la administración sanitaria deberán expandirse y reforzarse para atender las necesidades de mayor número de profesionales en todos los niveles del sistema de salud y de manera continua y periódica. El peso de la enseñanza deberá cambiar hacia la salud de la

*Milton Terris ya había llamado la atención sobre este hecho algunos años antes.

población en lugar de la administración de instituciones y girar de los aspectos estructurales, burocráticos y financieros de los servicios al comportamiento organizacional, la motivación de prestadores y usuarios y las técnicas para mejorar la calidad y la eficacia de la atención.

[...] Cabía esperar que las escuelas de salud pública fueran las instituciones ideales para tomar el liderazgo en este proceso de cambio. Sus estructuras académicas, sin embargo, no han tenido el mismo ritmo de cambio acelerado que la salud pública a través de las fases ambiental, microbiológica, epidemiológica, económica, social y de ecología humana que caracterizaron su evolución.

Pero, para tomar este liderazgo, las escuelas de salud pública hubieran tenido que conjugar conocimientos y experiencias de las actividades sanitarias actuales con los avances recientes en las ciencias biológicas, médicas y sociales. Pero estos no son los puntos fuertes ni las relaciones disciplinarias que la mayoría de las escuelas dominan (3).

El panorama descripto refleja en gran medida una importante corriente de opinión sobre los problemas que hoy presenta la docencia en salud pública, que son permanentemente reiterados como crítica de otros sectores y como autocrítica por parte de los mismos responsables de la capacitación en salud pública de las escuelas. Quizá sea de utilidad recordar que críticas tan severas como las efectuadas a la capacitación en salud pública caben a otras actividades docentes, comenzando por la educación médica misma, así como al sistema y la práctica de atención de la salud, por lo cual el panorama debe ser visualizado en su totalidad si se pretenden cambios en profundidad.

Para continuar con nuestro análisis, es útil citar el informe más reciente sobre el tema realizado por nuestras escuelas. La Primera Conferencia Iberoamericana de Escuelas de Salud Pública y Gran Encuentro Panamericano de Salud Pública realizado en Puerto Rico en 1988 analizó a fondo el tema como corolario de un esfuerzo realizado por la OPS a lo largo de seis reuniones previas. De su informe final pueden extraerse sustanciosos conceptos para ejemplificar el estado de la capacitación en salud pública, la función actual y el papel futuro de las escuelas (3).

A poco menos de 12 años de la meta Salud para Todos en el Año 2000, poco es lo que las escuelas de salud pública han avanzado en su conjunto. Hoy es imperativo que cada una de ellas redefina vocaciones, prácticas y saberes; precise objeto y métodos; se convierta en generadora no solo de posibles agentes de cambio, sino que establezca y elabore los conocimientos e instrumentos necesarios para que el cambio pueda ser implementado.

Los productos tradicionales formados en el área de recursos humanos de las escuelas de salud pública de la América Latina y del Caribe, evidencian cada vez más la inadecuación de su perfil profesional en relación a las demandas que surgen de sociedades profundamente afectadas por los contextos nacionales e internacionales y por las implicaciones de los mismos en los procesos y métodos productivos de los países de la subregión.

Hoy, más que nunca, la economía y la eficacia en el uso de los recursos de que dispone el sector es un imperativo, ya que es el único modo en que se podrá intentar paliar el impacto de la recesión y sus consecuencias.

Mientras tanto, las escuelas en general continúan formando cuadros que responden a las antiguas propuestas o, en el mejor de los casos, que siendo formados teóricamente en la nueva visión sectorial, ejercitan sus saberes en servicios estructurados según concepciones pasadas. La conjunción nuevo saber-nueva práctica, es un espécimen raro. Así, se ha conseguido una síntesis paradójica: profesionales con un discurso transformador y una práctica que, muchas veces, ni siquiera acompaña la implementación de la política de extensión de la cobertura de los años setenta.

El panorama se torna especialmente dramático precisamente si rescatamos las preocupaciones corrientes hace ya 20 años y la recomendación consiguiente de cambios que se consideraban perentorios sumadas a una voluntad de modificaciones que hacía presumir transformaciones a corto plazo, dadas las críticas que se efectuaban a una docencia que se juzgaba tradicional y obsoleta. Estos conceptos y convicciones eran expuestos en las reuniones internacionales de escuelas de salud pública de la época (4).

Proyectando los conceptos vigentes en la salud pública, la docencia estaba enfocada en un sistema cerrado, tratando de aplicar técnicas cuyo objetivo era conseguir eficiencia para una realidad considerada como externa. Esto significaba trasplantar al campo de la salud pública los conceptos vigentes en la medicina. Mientras que esta visualizaba la enfermedad como algo externo, ajeno al individuo, que debía ser eliminada, la salud pública enfocaba los diversos problemas de la comunidad como síntomas a expurgar sin comprender que constituían una expresión de la realidad socioeconómica y cultural de esa misma comunidad. Los fracasos se atribuían a factores externos al sector salud: cambios políticos, falta de presupuesto, escasez de personal adiestrado, etcétera, razón por la cual las actividades de salud pública quedaban, implícitamente, divorciadas del contexto en que se desarrollaban.

Esta docencia tradicional respondía más a requerimientos académicos rutinarios del pasado que a la preparación de los egresados para las funciones que realmente iban a cumplir.

Este concepto nos señala uno de los puntos de fundamental importancia en el análisis de la problemática de la docencia tradicional de salud pública y es la ausencia de una definición explícita y actualizada de los objetivos educacionales de cada curso, la falta de determinación clara del producto docente que se espera obtener de las escuelas; en suma, la adecuación del profesional a las necesidades de la comunidad a la que debe servir y la especificación de su papel en la determinación y satisfacción de estas necesidades [...]

En la Conferencia de Medellín* se especificaron los adelantos registrados en la década del sesenta, como resultado de esta voluntad de renovación, y se señaló como importante en este sentido, el convencimiento de que el sector no puede resolver por sí solo los problemas de salud, ya que estos son expresión del nivel de desarrollo, por lo cual su estudio debe encararse en forma interdisciplinaria. El sector salud es visualizado, a partir de estos años, como un sistema único, sin las divisiones que lo tabicaban artificialmente como medicina asistencial y preventiva, sector público y privado, administración de programas y de servicios, divisiones que tradicionalmente obligaban a enfoques parciales de los problemas de salud [...]

Las escuelas se plantean, pues, la necesidad de hacer explícitos sus objetivos, de determinar con claridad las funciones para las cuales van a capacitar a sus egresados. Comprenden, asimismo, que la docencia de posgrado para el sector salud es parte de un proceso más general que incluye el adiestramiento de personal a todos los niveles, proceso en el cual debe jugar un papel decisivo como parte de una política de recursos humanos que debe ser realista y flexible, según las modificaciones que se impongan por las investigaciones que en este campo se realicen a fin de adaptarse a las reales necesidades del país. El recurso humano no es pues más un insumo a agregar al resto de los recursos, sino un producto cuyo nivel de capacitación surge del estudio de necesidades y funciones a cumplir en cada caso.

Se entiende, por lo tanto, que la enseñanza no puede ser solamente teórica, con algún agregado de prácticas, que debe estar integrada con la educación médica, que la relación con los servicios de salud debe ser sumamente estrecha, que las rigideces departamentales que tabican la enseñanza no pueden persistir, que la participación de los alumnos no debe quedar limitada al planteo de sus inquietudes a través de preguntas en las clases, sino que debe concretarse en un aprendizaje activo, en una enseñanza permanentemente evaluada, a fin de verificar realmente el cumplimiento de los objetivos fijados.

El cumplimiento de lo antedicho significa la eliminación de la docencia tradicional, tal como se entendía habitualmente en estos cursos, en

* VI Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina, realizada en diciembre de 1969.

la cual se encierra a profesionales, ya maduros, en cursos que, como túneles, tienen un trayecto rígido y encasillado entre la boca de entrada y la de salida. De lo que se trata es de formar profesionales que deben cumplir funciones especificadas previamente en una sociedad que ellos contribuirán a cambiar, capacitación que forma parte de un proceso de educación continuada en el sector salud, una vez egresados (4).

Visión actual de la crisis

Si estos conceptos eran aceptados como válidos en 1970; si hace 20 años eran explicitados tan nítidamente los problemas de capacitación en salud pública; si la atmósfera para cambios de fondo era tan propicia, la persistencia de los problemas y la gravedad de la situación actual obligan a pensar que no ha existido un progreso satisfactorio en los últimos lustros.

La profusión actual de análisis sobre la "crisis" de la docencia en salud pública, las críticas a las escuelas y la discusión sobre la necesidad de su existencia o la ventaja de buscar vías alternativas, constituye una clara demostración de la insatisfacción predominante en el sector salud. Si transcurridos 20 años los problemas son los mismos y se formulan idénticas críticas respecto de la docencia en salud pública, se puede presumir que los progresos —o los cambios, si se quiere— han sido mínimos, ya que el progreso, en última instancia, no es sino la respuesta adecuada a viejas preguntas para sustituirlas por otras nuevas. Cabe preguntarse entonces, tal como lo hace Enrique Nájera, en qué se nos han ido los últimos 20 años.

Debe reconocerse, por supuesto, que ha habido cambios positivos en el área; entre otros, la extensión del interés por la administración de salud y la epidemiología por parte de sectores que solían menospreciar estos aspectos; la aceptación generalizada de la necesidad de cobertura total de la población; el discurso homogéneo sobre la imprescindibilidad de la equidad y algunos cambios en la docencia. Con seguridad, esta lista de cambios en la docencia puede ampliarse si se le agregan varias experiencias —entre ellas algunas latinoamericanas— puestas en marcha en distintos países. Estos esfuerzos deben ser especialmente señalados y estudiados para extraer de ellos las enseñanzas respectivas. No obstante, el panorama global de la docencia en salud pública hoy es tan crítico como el de décadas pasadas: el discurso de comienzos del setenta es prácticamente intercambiable con el de hoy.

Indicios y conceptos interesantes surgirían sin duda de un análisis pormenorizado de este hecho y de su naturaleza, y variadas

hipótesis pueden servir como hilos conductores de este análisis. Así, si se tiene en cuenta que las más duras críticas a la docencia en salud pública y a las escuelas mismas provienen de sectores que padecen, por lo menos, deficiencias de la misma gravedad y que están sumidos en crisis no menos profundas, tales como la educación médica y el sistema de atención de la salud, cabe preguntarse si estas críticas no tienen por objetivo centrar la atención en áreas subsidiarias en lugar de embestir sectores más poderosos, con mayor poder de reacción y cuyos fuertes intereses hacen más peligrosos estos ataques. O bien, si simplemente no podrían ser los mismos hombres de la salud pública, los que, en su afán de provocar cambios en su sector, llaman la atención sobre los problemas de su área, atrayendo las críticas de tirios y troyanos.

Al margen de estas hipótesis, de interesante discusión, queda en pie la realidad, que es la crisis de la docencia en salud pública y los ingentes esfuerzos para ubicarla en el camino del cumplimiento de sus objetivos, tarea en que se encuentran empeñados muchos de sus líderes en el último cuarto de siglo. Hacer frente a esta realidad tratando de reestructurar la docencia en salud pública desde su misma base, disecando su esencia y estableciendo sus objetivos para este fin de siglo, y proyectarla hacia los probables escenarios futuros parecería ser la tarea ineludible si se desea superar el síndrome de “furgón de cola” que la ha caracterizado en el último medio siglo y aprovechar la experiencia que nos brinda el “querer y no poder” de las últimas décadas, a pesar de la bondad del discurso.

La dificultad en general radica, entre otros factores, en que si bien describir la crisis resulta fácil, establecer las causas que destraben el ovillo, por el contrario, resulta verdaderamente intrincado, ya que las críticas, a pesar de su perspicacia, son muchas veces contradictorias. La experiencia nos muestra que en Patología todos obtenemos un sobresaliente en la descripción del sistema; en Clínica, por el contrario, si nos atenemos a los logros, los aprobados —y con benevolencia— se cuentan con los dedos de una mano.

En efecto, un simple análisis de las críticas a la capacitación en salud, aun efectuado con discreta minuciosidad, muestra muchas veces que una faceta censurada por algún sector, y a cuya corrección se dedican ingentes esfuerzos, es objetada precisamente por esta corrección, y por el cambio que involucra. Una enumeración de las falencias atribuidas a las escuelas de salud pública aparece, pues, como un verdadero mosaico de críticas, ya que cada sector reprueba aquello con lo que no coincide o que perjudica sus intereses.

La sistematización de la problemática de la capacitación en

salud pública y de las escuelas resulta de gran interés y seguramente de mucha utilidad para la elaboración de directivas y orientaciones futuras, por lo cual la categorización de sus falencias es fundamental como punto de partida para encarar soluciones de fondo, sobre todo teniendo en cuenta que esta caracterización puede enfocarse —y así sucede en la práctica— desde ángulos muy diversos y muchas veces encontrados.

Se trata, sin duda, de un trabajo de largo aliento por lo cual, a modo de simple e ingenua introducción al tema, podría afirmarse que existen algunas áreas que arrastran consigo corrientes de gran riqueza conceptual en lo que hace al análisis de las dificultades, conflictos y problemas de la docencia en salud pública, y en las que se debaten las escuelas prácticamente desde su creación, hace casi un siglo. Revistarlas, aun en forma sumaria, proporciona una penetrante visión sobre el tema y un marco para utilizar como vía de introducción a las discusiones.

Areas críticas: tendencias, tensiones y conflictos

Límites de la salud pública

Si la razón de ser de la capacitación en salud pública es formar el personal necesario para el cumplimiento de las actividades en esta área, resulta indispensable definirla, es decir, especificar estas actividades. Sin embargo, si tomamos como punto de partida cualquiera de las definiciones clásicas y la tamizamos, deduciendo de esta definición su campo de actividades, fácil resulta comprobar —tal como se advierte en los ejercicios que se realizan en las escuelas— que invade extensas áreas de la sociedad, muchas de ellas patrimonio de otras disciplinas y sectores. Algún autor ha señalado, con justa ironía, que definiciones como la de Winslow, la más frecuentemente adoptada y citada, constituye una invitación a los conflictos de límites.

Para evitar, pues, las definiciones, quizá resultaría más práctica la tentativa de establecer y fijar la esencia de su actividad, acotando sus límites. Si bien definir estos límites tampoco resulta tarea fácil, permite sin embargo una aproximación más concreta al cometido de los responsables de su docencia y de las acciones que conforman lo que tradicionalmente se definía —y aún se define— como salud pública.

Paul Starr, en su libro —ya clásico— *The social transformation of American medicine* (5), afirma que gran parte de la historia de la salud pública es el registro de las luchas sobre los límites de sus

responsabilidades, que se dan en varias fronteras. Este autor señala cómo, desde su mismo origen, el desarrollo de las actividades de las autoridades de salud pública encontró la oposición de grupos cuya ideología o creencias se oponían a la intervención del Estado en acciones que constituían la misma esencia de la salud pública, tales como las inmunizaciones. Por otro lado, las luchas con empresas comerciales de todo tipo, que buscaban proteger sus ganancias e intereses económicos, eran inevitables.

Poco después, desde comienzos del siglo XX, también la profesión médica presintió que la salud pública podía introducirse en su campo, por lo cual apareció una nueva frontera conflictiva. En efecto, el despertar de la salud pública en la segunda mitad del siglo XIX se concentró fundamentalmente en el saneamiento ambiental y en el mejoramiento de las condiciones de vida de los trabajadores sumidos en la miseria que siguió a la revolución industrial, y por lo tanto no tuvo repercusión sobre la profesión médica que, por el contrario, impulsada por su espíritu humanitario, apoyó estas medidas. Solo más tarde, cuando por los adelantos de la microbiología y la inmunología aparece una relación directa con la medicina, surgen los conflictos en esta frontera.

Situaciones similares se produjeron con otras disciplinas y en otros ámbitos, a medida que la sociedad de nuestro siglo fue aumentando su complejidad y aparecieron nuevas fronteras y conflictos. En consecuencia, para una categorización del contenido y los problemas de la capacitación de la salud pública de hoy, hemos elegido, como modalidad operativa, estructurar y pasar revista a cuatro áreas que pueden ser consideradas críticas por su persistencia, y porque el análisis de sus conflictos y tensiones con la docencia de salud pública facilitan nuestro estudio.

Examinaremos, en consecuencia, la relación de la salud pública con la medicina; el vínculo con otras disciplinas que son básicas para la salud pública tanto por la definición de su contenido como por su práctica; la relación de la docencia en salud pública con el sistema y las instituciones responsables de la atención de la salud, y su conexión con la política y el papel del Estado.

Salud pública y medicina

Esta relación comprende zonas de fronteras de la salud pública en las que interrelaciones, tensiones y conflictos conforman un área crítica en el quehacer sanitario y plantean disyuntivas de fondo para la reestructuración de la docencia.

A partir del nacimiento de la salud pública a principios del siglo XX, con sus tres áreas fundamentales —la biológica, la social y el saneamiento del ambiente físico—, se ha descrito en forma exhaustiva el proceso por el cual progresivamente el componente biológico tomó el liderazgo de las operaciones para terminar haciendo de la salud pública un dominio de la medicina, a pesar del agregado —superficial en muchos casos— de otras disciplinas. Paralelamente, la docencia en salud pública quedó incluida en los parámetros de la educación médica.

Cuando Elizabeth Fee, en su inteligente estudio sobre la docencia en salud pública, al historiar la creación de la Escuela de Johns Hopkins escribe: “cuando William H. Welch ganó la competencia para comenzar con el primero de los institutos de docencia e investigación apoyado por los dólares de la Fundación Rockefeller, asumió la responsabilidad de definir la educación en salud pública y gran parte de su contenido futuro” (6), su afirmación, vista a la luz del desarrollo histórico de las escuelas, no resulta exagerada.

Por razones de diverso tipo y una conjunción de circunstancias complejas, el camino que concretó sus primeros tramos con la creación de la Escuela de Johns Hopkins terminaría por convertirse en la vía imperial del desarrollo de la salud pública. El modelo Johns Hopkins acabaría por imponerse en el mundo no por razones de excelencia evaluada ni de una planificación concertada, sino porque respondía en forma adecuada, y fue adaptada convenientemente, a los intereses de los sectores de poder que dominaron el campo de la salud en el transcurso del siglo.

A Johns Hopkins siguió Harvard, cuya escuela se identificó también con su poderosa escuela de medicina y adoptó el modelo médico para el desarrollo de los programas de salud pública: recalcó la orientación hacia la investigación biomédica; concentró su actividad docente en un grupo limitado y seleccionado de profesionales graduados —en particular médicos—; su contenido docente fue estructurado sobre disciplinas específicamente determinadas y su organización giró alrededor de departamentos aislados y soberanos. Este es el modelo que se difundió mundialmente, y que prevalece hasta hoy.

La subordinación de la docencia de salud pública al modelo médico se concreta en distintos niveles: en la filosofía de la docencia, en su contenido, en la estructuración de este contenido, y en las características organizacionales de las instituciones de capacitación. De ahí que la afirmación de algunos autores que sostienen que la docencia en salud pública es la medicina flexneriana aplicada a una visión colectiva de la enfermedad se aproxima bastante a

la realidad que hoy observamos. Por tal razón, le caben a nuestra docencia las mismas críticas que hoy llueven sobre la medicina y la educación médica, a las que por comodidad llamamos flexnerianas, y que es la expresión de una filosofía médica que mantiene su preeminencia aun siglos después que la base epistemológica que la sustentaba ha sido largamente superada.

La salud pública de hoy es, pues, la expresión a nivel colectivo de esta medicina mecanicista, reduccionista, bióloga, centrada en la enfermedad, obsesionada por el diagnóstico, tecnologicada, deshumanizada que reclama, tal como lo han proclamado todas las conferencias de educación médica de los últimos 30 años, cambios de fondo. Sin embargo, sería un error suponer que la enseñanza médica que hoy predomina fue planificada así por Flexner hace 80 años. Por el contrario, el énfasis puesto por este investigador en las ciencias básicas y en la biología fue expresión de un momento histórico, caracterizado por la plena profesionalización de la medicina, que procuraba asegurar su naturaleza científica frente a otras concepciones que no se distinguían por su visión racional del conocimiento, tal como la medicina vegetal —en auge pocos años antes— o la simple práctica empírica. Así pues, encaró el problema tratando de introducir un enfoque científico que no podría ser otro que el dominante en su época.

Nada obligaba, empero, a mantener rígida esta visión a través de casi un siglo, como lo demuestra la evolución de otras disciplinas como la física. Por el contrario, ya en la misma época de su famoso Informe, Flexner llamaba la atención sobre las etapas posteriores de la medicina al afirmar que “la función del médico se está haciendo rápidamente social y preventiva más que individual y curativa”.

Más aún, según se desprende de documentación posterior al mencionado Informe, Flexner no aprobaba totalmente el rumbo seguido por la educación médica porque:

Habría preferido que la educación médica tuviera más de la flexibilidad de la educación en artes y en ciencias; sentía que la uniformidad de la educación médica asfixiaba el trabajo creativo. En los años posteriores a la publicación de su Informe se mostró crecientemente desencantado con la rigidez de los estándares educacionales que quedaron identificados con su nombre (7).

Sería, en esencia, un caso más en la historia del pensamiento humano y de la evolución de la sociedad en que los seguidores de un pensador innovador, y por lo tanto heterodoxo, transforman sus ideas en una ortodoxia dogmática y rígida, cristalizando el contenido de

su pensamiento y traicionando precisamente el sentido de cambio dinámico y permanente, involucrado en una ruptura con el pensamiento vigente, dinámica que constituye su verdadera enseñanza.

Pero el Informe Flexner ya había cumplido su cometido, y fuerzas provenientes de distintos ámbitos fueron impulsando sucesivas vueltas de tuerca al sistema de salud, hasta desembocar en la medicina de hoy, expansiva y dominante, hasta el punto de haber conseguido medicalizar la totalidad de la sociedad moderna, para usar conceptos del maestro Lain Entralgo. Y en este paquete expansivo quedó incluida la salud pública, apoyada en la creencia ingenua de que esta conjunción contribuiría a impregnar de contenido social y mentalidad preventiva a la medicina.

Resulta fácil imaginar las razones por las cuales esta relación resultó asimétrica, y la salud pública y su docencia perdieron su impulso social y su vocación ecológica en tanto, por el otro lado, la concepción sanitaria quedó totalmente marginada y subestimada, en los arrabales del imperio médico. Pero la subordinación de la salud pública a la medicina, su transformación en especialidad médica, constituye un fenómeno complejo y presenta en forma nítida uno de sus conflictos básicos, una de sus más sustanciales contradicciones.

Paralelamente a la crítica de esta subordinación y a los impulsos para transformar la salud pública en una actividad multidisciplinaria destacando los componentes no biológicos del proceso salud-enfermedad, los responsables del quehacer sanitario buscaron el apoyo del prestigio y el poder médico para posibilitar su subsistencia y su legitimidad. Y más aún: en algunos casos —probablemente porque no les quedaba otra alternativa— buscaron protección frente a persecuciones ideológicas. Ubicarse debajo del paraguas médico, transformarse en especialidad médica, aseguraba resguardo en períodos de crisis política e identidad en el ámbito profesional y aun social, y, asimismo, legitimidad, pero una legitimidad que la desnaturalizaba.

Institucionalmente, el precio pagado significaba la sujeción a las reglas del juego de las escuelas de medicina con sus limitaciones, su filosofía cientificista, sus tabúes, sus prejuicios, su organización por materias, y otros tantos aspectos descriptos abundantemente en la literatura de la educación médica. Esta ambivalencia, que por largos años caracterizó la relación salud pública-escuelas de medicina, se arrastra prácticamente desde sus primeros días y aún hoy caracteriza el panorama: la salud pública desprecia y critica el inmovilismo de las escuelas médicas, pero al mismo tiempo envidia e imita la docencia y el estatus médicos; y las facultades de medicina ignoran, temen y marginan lo “sanitario”, pero lo toleran por el aire de modernidad

que les permite exhibir y porque, “hasta tanto se produzcan los cambios”, el *statu quo* no sufre alteraciones sutanciales.

Una de las decisiones centrales para el futuro de la salud pública reside, en consecuencia, en la decisión de permanecer atada a la filosofía y la práctica médica actual, o bien promover su reelaboración sobre nuevas bases dando prioridad a disciplinas sociales y ecológicas que podrían dar lugar a una reestructuración novedosa en relación con la actual. A partir de este punto, las preguntas comienzan a adquirir una profundidad que obliga a discusiones de fondo en lo científico y en lo social, entre ellas:

- ¿Sería posible repensar la salud pública independientemente del pensamiento médico?
- ¿Quiénes podrían o querrían liderar el proceso? ¿Qué instituciones o qué factores de poder podrían estar interesados en hacerlo?
- ¿Qué valor podrían tener racionalizaciones administrativas (descentralización, mejoría de la eficiencia financiera, rápido aprovechamiento de la información actualmente generada) en la salud pública —si todavía tiene sentido utilizar esta denominación— en tanto el aparato médico que la sustenta mantiene sus características actuales?
- ¿Cómo estructurar los ámbitos institucionales apropiados para una capacitación centrada en la salud y en la cual docencia, investigación y servicios se den integrados y conformen en una unidad lo biológico, lo social y lo ecológico?
- ¿Qué posibilidades de cambio podrá tener la docencia de posgrado en salud pública mientras subsistan las características actuales del sistema de atención apoyado por el poderoso complejo que representa la alianza de la filosofía actual de la medicina (biologicista, reduccionista, determinista, etc.), con la tecnología (equipos, medicamentos), la educación médica, la atención centrada en la enfermedad y en el gran hospital, la medicalización de todos los malestares, la organización de las burocracias médicas, el poder de las corporaciones y del complejo médico-industrial, por citar algunas de las variables decisivas?
- ¿Cómo contribuir a racionalizar un sistema de atención en el cual la casi totalidad de los recursos se vuelcan a la asistencia hospitalaria y el proceso salud-enfermedad es enfocado con criterio consumista?
- ¿No quedará reducido el papel de la salud pública, en el mejor de los casos, como lo afirma Nájera, a hacer posible para todos un sistema de servicios de atención de las enfermedades tal como la sociedad de hoy las genera y la medicina de hoy las define y clasifica e intenta mejorarlas, con todos los defectos que criticamos al sistema? (8)

- ¿Cuál sería la estrategia más operativa e inteligente para la salud pública y sus escuelas: repensar la salud desde las escuelas médicas y el *establishment* médico actual como fase de un proceso que va desde la medicina individual hacia niveles de salud más complejos y más amplios, enfocando lo social y aprovechando sus estructuras y su experiencia para promover este proceso, o bien tratar de reelaborar el concepto de salud fuera de la medicalización en que hoy está ubicado, buscando perspectivas novedosas y de gran proyección futura, aun a muy largo plazo?

Queden estas preguntas como ejemplo de la trascendencia del tema que nos ocupa. El sentido común histórico indica que sería ilusorio pretender soluciones ya esquematizadas. Lo fundamental no reside pues en tener ya las respuestas sino en formular las preguntas e instalarlas en el seno de la discusión.

Contenido de la docencia y relaciones interdisciplinarias

La formalización de la docencia en salud pública a través de las escuelas, vista en perspectiva, significó un extraordinario proceso de creación intelectual y su estudio se ha convertido no solo en un rico arsenal para conocer el desenvolvimiento de la salud pública y de la profesionalización, sino también el desarrollo de las actividades científicas y su aplicación a la sociedad. Cabe recordar que si bien en gran parte se siguieron líneas de investigación conocidas, como las relativas a microbiología, o programas de aplicación ya establecidos, como los de saneamiento ambiental, otros campos debieron ser creados, casi podría decirse “inventados”, como áreas formales de conocimiento, como la epidemiología, o bien transformados en disciplinas a partir de simples prácticas, como la estadística, o idearse la aplicación del conocimiento, como en la nutrición o en los restantes programas que fueron reconocidos en adelante como de salud pública (protección maternoinfantil, educación para la salud, etc.).

En líneas generales, las escuelas de salud pública fueron incorporando áreas del saber provenientes del sistema científico a medida que nuevos conocimientos aparecían o se difundían, mientras que la programación de la docencia reproducía, con algunas excepciones, la organización de los ministerios de salud, que terminaban por transformarse en disciplinas o departamentos.

Estas características, exhaustivamente señaladas y consideradas por las instituciones docentes, revelan una vez más el conflicto ya señalado entre la salud pública considerada como actividad cien-

tífica generadora de conocimientos (al estilo de los institutos alemanes), o como actividad administrativa que tiende a la solución de los problemas prácticos (enfoque inglés), así como el compromiso entre ambas concepciones, compromiso que se arrastra desde el nacimiento de la salud pública moderna.

Con una visión actual, si bien el conflicto persiste, es factible variar sustancialmente el planteo de su tratamiento, y ese cambio resulta indispensable para configurar una docencia proyectada para la sociedad de nuestros días.

La investigación no es antinómica de la acción si su concepción desborda el enfoque que la restringía al laboratorio —la tradicional investigación básica— y se extiende al campo social. En estas condiciones, cumple con su cometido de generar conocimientos en todos los ámbitos y para todos los momentos del proceso que conduce al cumplimiento de los objetivos del sistema de salud, al tiempo que constituye un procedimiento docente de primera línea. El sistema se dinamiza así globalmente y, como dice Paulo Motta: “la formación y capacitación gerencial se transforma en parte integrante del proceso de innovación” (9).

Intentar, aun en la forma más sumaria posible, una descripción del contenido de una docencia moderna en salud pública rebalsa totalmente el ánimo y los objetivos de este relato, y recomendar estrategias y técnicas de enseñanza que signifiquen la superación de la docencia tradicional resulta redundante. Caben, quizás, algunas reflexiones como base para discusiones en profundidad del tema y para proyecciones futuras.

En la docencia clásica en salud pública —probablemente vigente todavía en ciertos aspectos— era habitual considerar que algunas disciplinas constituían la parte esencial, la sustancia de la salud pública, mientras que otras eran periféricas y se agregaban por estimarlas necesarias para la aplicación de los conocimientos sanitarios. Pero, indudablemente, se las consideraba “externas”, constituyendo otra de las “fronteras” de la salud pública. En esta frontera, asimismo, se generaban confusiones y conflictos ya que, en muchas oportunidades, “los sanitaristas” no sabían exactamente qué debían demandar a los especialistas en otras disciplinas —sociólogos, economistas, antropólogos matemáticos, administradores—, razón por la cual a estos no les cabía otra posibilidad que tratar de aplicar las técnicas de que disponían en virtud de su especialidad.

En consecuencia, la interrelación, la “interdisciplina”, se concretó en la mayoría de los casos a través de la aplicación de técnicas que en determinado momento aparecieron como exitosas —al

menos novedosas— en distintas áreas. Si bien este concepto resulta válido para casi todas las disciplinas, no deja de llamar la atención la fuerte repercusión en los programas de salud pública de técnicas desarrolladas en los ámbitos industrial y militar.

Sin duda, un interesante trabajo de investigación en salud pública podría tener como punto focal el análisis de las diversas técnicas de moda en diferentes campos en los últimos 40 años y su aplicación en la administración de salud. Dado que resulta difícil resistir la tentación de dar un ejemplo, nos permitimos recordar la repercusión que alcanzó en la docencia en salud pública la aplicación del Program Planning Budgetin System [Sistema de Elaboración Presupuestaria de la Planificación de Programas de Salud] (PPBS). Este programa, generado en un ámbito totalmente disímil (el Departamento de Defensa de los Estados Unidos), se aplicó sin embargo —y fervorosamente— a la administración de salud, con características que a simple vista permitían augurar su fracaso (10).

Otra consecuencia de esta concepción predominante en la salud pública tradicional, que centra su cometido en la adquisición de un conocimiento sanitario a través de la docencia y su aplicación a una comunidad dada, es que llevó a la búsqueda de técnicas para aplicar en la sociedad, que podrían obtenerse de otras áreas, juzgando conocimiento sanitario, sociedad y técnicas de otras disciplinas como universos independientes entre sí. Esta concepción obstaculizó una visión global de la salud y su atención como elementos componentes y participantes de esa misma sociedad. Así, se llegó al extremo de considerar la salud pública como una actividad puramente técnica, dejando de lado todos los aspectos relativos a la política y aun anteponiéndola a ella.

Desde principios de la década del sesenta, en que las reuniones de escuelas aún mantenían sus recomendaciones sobre las disciplinas esenciales, el contenido de la docencia en salud pública fue creciendo cuantitativa y cualitativamente (11). Además de que estas mismas materias básicas, como epidemiología y administración, ampliaron su enfoque y sus técnicas, la práctica fue exigiendo en mayor profundidad conocimientos de otras disciplinas, al tiempo que la salud pública sufría modificaciones sustanciales y cambiaba sus puntos de mira, su campo de responsabilidades y aun sus objetivos. Paralelamente, la sociedad de las últimas décadas crecía en complejidad, demandas y expectativas, y la ciencia, la política y las comunicaciones revolucionaban nuestro mundo y estilo de vida.

En consecuencia, las ciencias sociales, económicas y políticas aparecen en un primer plano a los efectos del análisis de los problemas

de salud institucionales y colectivos, así como del cumplimiento de los objetivos de la salud pública. Si a ello se une el cuestionamiento de que hoy es objeto la atención de la salud, tanto en su funcionamiento como en su organización, se comprende que resulte imposible señalar el contenido “esencial” de la docencia en salud.

Probablemente el camino a recorrer sea el inverso, y la vía que prevalecerá en la determinación del contenido de la docencia será establecer primero los objetivos de cada curso y su nivel, para determinar luego qué conocimiento y prácticas lo conformarán. Y en este conocimiento, su contenido quizá no esté integrado por disciplinas estructuradas en “paquete”, tal como se estilaba en la docencia clásica, sino desintegrada —o bien integrada— en módulos cuyos límites disciplinarios no serán aquellos con los que nos manejamos tradicionalmente. Una idea relativamente clara de este futuro puede tenerse si desarrollamos en profundidad, a manera de ejercicio, el contenido y la integración de las disciplinas clásicas, “esenciales”, como la estadística y la epidemiología, con una “moderna”, como las ciencias sociales.

Si sumamos la complejidad actual de la información en salud y la riqueza y variedad de los usos de la epidemiología por un lado, y por otro cursos tan disímiles como pueden ser uno cuyo objetivo sea formar administradores hospitalarios para el uso eficiente de un hospital y otro que pretenda formar líderes sectoriales con responsabilidad en la estructuración y gestión de una región que integre todos sus servicios de atención en una red coordinada, se comprenderá la profunda diferencia del contenido de ambas asignaturas.

En el mismo sentido, si pensamos en los variados matices que ha adquirido la combinación ciencias sociales-salud, y en la amplitud de la relación ciencias económicas-salud y ciencias políticas-salud, se comprende que la diferencia de su contenido en ambos cursos se transforma prácticamente en la necesidad de estructurar el currículum de los cursos a la medida de sus objetivos y de sus participantes, y de repensar asimismo lo que denominamos habitualmente relaciones interdisciplinarias.

Más aún: la misma discusión sobre la utilidad y el papel futuro de las escuelas, su frecuentemente mencionada crisis de identidad, y los cambios profundos que se impulsan en la formación de salud pública y aun en la educación médica, hacen propicia la oportunidad para pensar si no estamos viviendo un período similar al de las primeras décadas del siglo, preparatorias del nacimiento de las escuelas. En esa época se visualizó la necesidad de formar profesionales para las actividades de salud pública y se procedió a crear un sistema docente basado en las escuelas de salud pública, sistema

que, con algunas modificaciones, ha subsistido hasta hoy, pero respecto del cual parece existir consenso en el sentido de que debe ser reformulado en su esencia misma o al menos, para usar un concepto feliz de José Roberto Ferreira, ser repensado (12).

Propuestas de cambios concretos en la línea conceptual señalada aparecen en el proceso que el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS comenzó en 1987 con las seis reuniones realizadas en otras tantas escuelas, y finalizó en la Reunión de Puerto Rico de agosto de 1988. El informe final señaló las opciones para la reformulación curricular a través de seis áreas que podrían ser la base de un nuevo currículum (13). Estas áreas representan "problemas" de abordaje interdisciplinario, y permiten, por otro lado, "abrir un espacio para la eventual aplicación de la metodología del análisis prospectivo en la planificación curricular". Asimismo, posibilitan el examen de los factores que determinan estos problemas y la toma de posiciones valorativas, al abandonar la planificación curricular tradicional basada en la evaluación de la experiencia, "en beneficio de una alternativa de planificación en función de objetivos sociales deseados, ajustados a un escenario prospectivo específico para cada realidad concreta".

Los próximos años serán testigos de la efectivización de estas experiencias de cambio que deberían surgir de las mismas escuelas como renovación de un proceso histórico que posibilitará el cumplimiento de los objetivos de su creación, o bien afrontar el riesgo de su frustración, su inoperancia o aun su desaparición.

La docencia en salud pública y el sistema de atención de la salud

Este tema constituye la razón de ser de la docencia en salud pública: la formación de personal para el cumplimiento de planes y actividades de atención de la salud. El problema aparece, pues, cargado de matices y cuestiones de muy diversa categoría y su dilucidación engloba la totalidad del panorama que hace a la realización de nuestro propósito. Solo intentaremos enumerar algunos de los aspectos importantes involucrados en esta relación entre la docencia en salud pública y el sistema de atención, cuya consideración puede contribuir a estructurar un sistema docente de formación de personal sanitario con capacidad y motivación para colaborar en el cumplimiento de los objetivos del sector salud.

Recordemos una vez más, como punto de partida, las duras críticas que están sufriendo la docencia en salud pública y las escuelas

en los últimos años. Ellas son de todo calibre, de muy diverso origen y de variadas intenciones, por lo cual podría resultar inteligente analizar sus características y naturaleza a fin de aprovechar aquellas realmente valaderas y útiles para superar discusiones que la realidad y el tiempo han transformado en obvias. Podría resultar de utilidad para el análisis distinguir entre las críticas a la capacitación en salud pública en general, y en especial en la administración de establecimientos, y la crítica a la formación especializada en salud pública, centrada en las escuelas.

Es esta formación de sanitaristas, precisamente, la que recibe los juicios más duros, hecho que resulta fácilmente comprensible dado que la mayoría de los cursos de administración tienen como objetivo la capacitación de profesionales —en particular médicos— para un manejo más eficiente de los hospitales, objetivo específicamente establecido y evaluado a posteriori, más en función de la actuación individual de cada profesional que de la categoría profesional en sí misma. Por otra parte, esta es una capacitación cuyos objetivos son visibles dentro del sistema mismo, y a ello debe agregarse que, en muchos casos, se trata de profesionales que a su bagaje de conocimientos, agregan la administración para dirigir establecimientos o servicios como parte de su carrera profesional o como herramienta de poder para su especialidad o su grupo político.

Las funciones del diplomado en salud pública y los objetivos de su formación, aparecen en cambio más amplias, más difusas, menos objetivadas, con una perspectiva de futuro no fácil de visualizar, en un conjunción de disciplinas de difícil conformación y una aspiración de “cambio” dentro del sistema en el cual trata de implantarse. Difícil tarea, en consecuencia, asentarse y desarrollarse en un sistema en el que explícitamente se procuran modificaciones de fondo y con la suma de incertidumbres de quien promueve el cambio, la falta de conocimiento o de interés de la población presuntamente beneficiaria del cambio, y la oposición de quienes se sienten real o imaginariamente amenazados en sus intereses.

En estas condiciones, el sanitarista que egresa puede aparecer como un personaje artificial, más cómo un producto de las escuelas que como una demanda de la sociedad o aun una necesidad explícita de ella. Las distintas reacciones de la “mentalidad sanitarista” frente a esta situación configuran una extensísima bibliografía y constituyen otro capítulo de la patología.

La crítica más dura y extendida se concentra en la falta de penetración de los sanitaristas en el sistema de atención y en el escaso éxito que sus ideas han alcanzado en la práctica dentro del sector

salud, si bien no en el discurso, casi unánimemente aceptado. La deducción parece obvia: si los sanitaristas no han producido ni inducido los cambios para los que fueron preparados, ¿qué sentido tiene su formación y qué utilidad las escuelas que los forman?

Nuevamente entramos en el terreno de las críticas controvertidas y, por qué no, de las interesadas, es decir de las que defienden intereses específicos. Y es que pretender que solo una parcela de un grupo profesional, como son los sanitaristas, puedan producir cambios de fondo en un sector tan complejo como la atención de la salud, donde están en juego intereses tan poderosos y variables tan profundas inherentes al individuo y a la sociedad toda, sería sobrevalorar su poder más allá de lo racional.

Resulta difícil apartar la hipótesis ya enunciada de que, dado que la formación de sanitaristas, la educación médica y el sistema de atención con todas las corporaciones e intereses que hoy lo dominan, constituyen un universo único, se golpea sobre el eslabón más débil, por su menor poder de reacción y para distraer la atención de los problemas de fondo. Por otro lado, se critica la formación de los sanitaristas como artificial, porque son imbuidos de una ideología que la realidad contraría, pero, por otro lado, si su formación tuviera como objetivo su adaptación al sistema de salud tal como hoy se encuentra estructurado, ¿qué sentido tendría su formación y cuál sería el objetivo de las escuelas? ¿Reforzar el *statu quo*? ¿No sería precisamente esta la razón más valedera para su desaparición?

Como se comprende en estas preguntas, está en juego el papel que cada escuela se atribuye a sí misma, y la posibilidad de cumplimentarlo en relación con la institución de la cual depende y de la función que esta le asigna. Valga como ejemplo toda la historia y el folklore de la relación facultades de medicina-escuelas de salud pública. Más racional resultaría aceptar que la realidad que el sanitarista encuentra no responde al modelo ideal para el cual fue formado —equivocadamente o no—, y determinar qué herramientas y qué tipo de preparación se requieren para transformarlo en un factor real de cambio en el sistema de atención en el cual se desempeña, para que este sistema pueda cumplir con sus objetivos de eficacia, equidad y eficiencia.

Una vez más, entramos en una suerte de laberinto: los sanitaristas no pueden formarse exclusivamente con teorías, pero si se pretende una enseñanza práctica activa, la realidad de la práctica de la atención de la salud es precisamente el sistema que se desea cambiar, por lo cual no resulta de utilidad para la docencia. En esencia, es el mismo tipo de problema que se presenta entre la edu-

cación médica y el sistema de atención: es imposible introducir mejoras sustanciales en el sistema de atención sin cambiar la mentalidad y la educación médicas; pero, a su vez, esta educación médica resulta imposible de modificar efectivamente, transformando en realidades sus postulados teóricos, en tanto los profesionales se forman en el sistema de atención hoy vigente. En consecuencia, se comprende la importancia de las decisiones políticas imprescindibles para establecer módulos y áreas de atención que contribuyan a destrabar este círculo vicioso, sirviendo de planta formal para poner en marcha una docencia en salud pública que supere obstáculos pasados y presentes.

Probablemente el proceso de descentralización que se intenta llevar a cabo en los últimos años constituya una tendencia propicia para este difícil proceso de conjugar docencia, investigación y servicio en forma armónica y de realimentación mutua. La interrelación entre esta descentralización de la atención planificada estratégicamente y el desarrollo de un sistema nacional de formación y capacitación en salud pública que articule los distintos niveles y tipos de personal necesarios para el cumplimiento de los objetivos enunciados en la política y los planes, parecería constituir una vía apropiada para intentar salidas a la crisis en que se debate el sector.

Destacados autores (12-15) han señalado la ventaja de un esquema de este tipo, integrado por unidades de formación de recursos humanos en salud pública de distinto nivel interrelacionadas entre sí, que constituyan una red que cubra la docencia desde los niveles más periféricos hasta los institutos de mayor complejidad, responsables de la formación del personal especializado en la investigación y el magisterio que la moderna administración de salud exige.

Por otra parte, no debe olvidarse que estas actividades no se concretan en el vacío sino en el seno de una sociedad dada, con su historia, sus tensiones, equilibrios y rupturas, sus líneas de fuerza, sus coaliciones y conflictos entre distintos grupos de poder, que le imprimen las características que conforman su realidad. En efecto, el personal formado en administración de salud no se desempeña en una sociedad neutra, indiferenciada, sino que se incorpora a una fuerza de trabajo que debe cumplir determinadas actividades y está sometido a ciertas reglas de juego que surgen del mercado de trabajo constituido en cada país.

Características del sistema de salud y factores condicionantes externos sociales, económicos, políticos, culturales y educativos determinan así tendencias, perfiles, orientaciones, oportunidades y tensiones en el personal de salud —individual y colectivamente—,

y determinan en gran medida la índole, la disposición y las posibilidades de trabajo, razón que explica el sostenido interés que este campo de investigaciones ha despertado en los últimos años (16). Se trata sin duda de un área crítica para el análisis de la crisis en la docencia de salud pública y el diseño de las actividades futuras, en especial si recordamos el papel estratégico que deberán asumir algunos sanitarios si efectivamente se intenta formar líderes sectoriales.

Salud pública y política. El papel del Estado

La relación de la salud pública con la política está presente desde su mismo origen y aun en su propia esencia. La frondosa literatura acumulada a través de las décadas desborda los enfoques exhaustivos y obliga a estudios parcializados sobre distintos aspectos de la materia.

Surgen numerosos temas al formular una pregunta que puede considerarse básica y hasta elemental, pero que llena el escenario una vez expresada. La pregunta se refiere a si la salud pública es una actividad política o bien un desarrollo científico.

La discusión fue crucial en oportunidad de la creación de las escuelas de salud pública y de Emergencia de la Salud Pública como disciplina científico-profesional, y desde entonces ha continuado con diferentes matices, en diversas circunstancias y bajo distintos disfraces. Se trata de un dilema que, en algunas coyunturas, aparenta exigir decisiones excluyentes, pero que en la realidad no son tales, ya que cuando se producen, surgen como resultado de planteos equivocados. Y es que la salud pública es acción política y es un conglomerado de disciplinas que conforman un conjunto científico-profesional. Circunstancias político-sociales, ámbitos de actividad y niveles en que se desenvuelven las acciones, determinarán en cada caso las estrategias y técnicas a utilizar.

La revisión del acontecer sanitario revela que los conflictos que se produjeron entre ambas concepciones —siempre que existió buena fe en la controversia— fueron originados fundamentalmente por sus deformaciones patológicas: política menuda por un lado o cientificismo soberbio por el otro.

Desde el punto de vista de la capacitación de personal, la cuestión resulta fundamental por los riesgos que presenta su deformación, y estos riesgos siempre están presentes ya que existen numerosos ejemplos de esta patología en todos los países. Por ello, como actitud actual, de vuelta de experiencias y discusiones múltiples, es un buen resumen la recomendación del grupo de trabajo de los países

Europeos que, en el informe de su reunión sobre *Education of Managers in Health Services* (17), en 1977, expresaba:

Los tecnócratas de los servicios de salud insensibles a la influencia de la política [policy] o de los aspectos políticos y del comportamiento son un desastre no solo para los grupos profesionales de una organización que provee servicios, sino sobre todo para quienes reciben estos servicios. [...] De la misma forma, *managers* de los servicios de salud que tienen una sólida comprensión de la organización política y de los efectos de las políticas públicas en los servicios, pero que carecen de una buena capacitación administrativa, son probablemente igualmente malos para la organización. [...] Así, es extremadamente importante enseñar la dinámica y la ambivalencia de los objetivos y la implementación de la política para complementar el análisis racional de una política y su evaluación.

Este grupo de trabajo insistió en la necesidad de atender en la docencia tanto los aspectos ideológicos de la política como las técnicas de implementación de esta, y tanto la política intraorganizacional como la interorganizacional.

Hay una razón adicional por la cual las teorías de implementación deberían ser incluidas en un programa de capacitación. Los *managers* de los servicios de salud, tal como los *managers* de otros sistemas de servicios, están crecientemente atrapados por las consecuencias de las presunciones erróneas efectuadas por quienes formulan la política a nivel nacional en relación con la realidad. Así por ejemplo, en la mayor parte de los programas nacionales, las unidades subnacionales y locales, y aun los establecimientos, son tratados como si fueran similares, a pesar de que sus roles, perspectivas y poder de decisión difieren marcadamente. Más aún, se presume que los protagonistas subnacionales y locales responden uniformemente a la política y los programas nacionales y se presta insuficiente atención al hecho de que las diferencias en los contextos políticos y en la estructura organizacional provocan diferencias en la implementación (17).

Todo el movimiento actual orientado hacia la descentralización y el desarrollo de los sistemas locales de salud permite apreciar la importancia que adquieren estos conceptos en la capacitación del personal responsable de su implementación. Quizá como dato interesante cabe señalar que en el nacimiento de la moderna salud pública, a fines del siglo XIX, una de las razones fundamentales para su profesionalización fue, precisamente, liberarla de la política menuda, ya que los funcionarios locales de salud dependían de las autoridades locales y estaban sometidos a su mismo vaivén. Los cursos de capacitación para la formación de profesionales constituyeron —al menos fue esa la intención— el mecanismo para dar estabilidad a los pro-

gramas, puesto que la rotación de los funcionarios y su designación por el único mérito de su relación con la autoridad de turno tornaban imposible la continuidad de las actividades de salud pública.

La responsabilidad que cabía a esta nueva profesión determinó en gran medida los objetivos y el contenido de la enseñanza, con el convencimiento de que la legitimidad científico-profesional permitiría superar los inconvenientes y los intereses que se oponían a este progreso. Expresión típica de la filosofía del siglo XIX, este “progreso” científico era aliado del reformismo político y de la vocación social que propiciaba cambios que superaran los intereses opuestos a la “reforma” sanitaria. Esta alianza se reforzaba con los intereses expansivos de los países industrializados, tanto desde el punto de vista geopolítico como comercial, tal como se puede ejemplificar citando a la Escuela de Salud Pública de Londres —modelo para muchas escuelas en el mundo—, que colocaba entre sus objetivos destacados: “sanear los trópicos y expandir los mercados mundiales”, expresión clara del colonialismo de la época y del reparto mercantil del mundo, proceso en el cual la salud pública tenía especificado su papel.

No obstante, una alianza tan heterogénea solo fue expresión de la coincidencia, en un momento histórico determinado, de poderes con intereses fuertemente contradictorios, por lo que sus probabilidades de continuidad o desarrollo en el tiempo eran mínimas, y así se fue desgranando paulatinamente al surgir conflictos entre sus encontrados intereses y al tornarse más complejo el panorama por los cambios político-sociales y el adelanto científico del siglo XX.

Los grupos médicos se sintieron amenazados por la prevención de las enfermedades, al tiempo que el desarrollo científico-tecnológico les fue proporcionando amplias posibilidades de prestigio y lucro; el “progreso” científico ya no coincidió necesariamente con la promoción social de la población; el humanitarismo y el reformismo político entran en conflicto con el colonialismo, y grupos sociales hasta entonces sin acceso al poder emergen al escenario político reclamando una distribución más justa de bienes y servicios, entre ellos la atención de la salud.

El Estado debe mediar entre estos grupos —a los cuales se agregan otros, recién llegados pero poderosos, como las empresas farmacéuticas, las grandes corporaciones financieras, los fabricantes de equipos—, para asegurar el equilibrio, por lo cual el juego político adquiere importancia fundamental para la salud, haciendo de las políticas públicas un tema de estudios básicos para nuestras escuelas. Estas políticas públicas alcanzan gran trascendencia con el “Estado de bienestar” y el constitucionalismo social que llena

gran parte de la historia social de los últimos 50 años, fundamentalmente por su relación con la seguridad social.

Vista la estrecha relación de la atención de la salud con las políticas y el papel del Estado tanto en el orden nacional como provincial y municipal, se comprende que se trata de un área realmente crítica para la capacitación en salud pública. En los últimos años, su importancia se ve reforzada por la tendencia que se observa en todo el mundo a cambiar el papel asignado al Estado en la vida nacional. Esta tendencia ha adquirido gran resonancia en nuestro país, sobre todo en función de los diferentes proyectos con que se encara el redimensionamiento del Estado.

Así pues, la relación entre la salud y su atención, y la política, constituye un área crítica de gran atractivo para la capacitación de personal en salud pública, tanto desde el punto de vista conceptual como para el ejercicio concreto de las acciones. Pero una cuestión es la política y otra las ciencias políticas, tal como lo expresa un distinguido tratadista en la materia (19) al afirmar que la prehistoria de las ciencias políticas es larga —de siglos— en tanto que su historia como disciplina comienza hacia fines del siglo XIX, en un proceso y una contemporaneidad coincidentes, por otra parte, con la salud pública moderna. Desde el punto de vista que nos ocupa, política, pensamiento político y técnicas políticas resultan igualmente fundamentales para la salud pública y su docencia, y en la realidad aparecen entremezcladas.

El pensamiento político establece el marco del acontecer y la elección de un determinado curso de los acontecimientos, en tanto que la política sanitaria emergente y las técnicas políticas resultan indispensables para la implementación y el manejo de actividades e instituciones. Pero enfoques, procedimientos y técnicas resultan significativamente diferentes según los niveles y las circunstancias, y el peligro reside en la confusión de los enfoques y técnicas que debe aplicarse en cada uno de los casos. Elaborar una política de salud para todo el sector resulta, desde el punto de vista "político", totalmente diferente que establecer los factores políticos que presiden el funcionamiento de una institución o un grupo de establecimientos para su labor coordinada.

Ambos enfoques son fundamentales, y deben y pueden ser útilmente aplicados, pero cada uno en el ámbito y el nivel adecuado y por los profesionales propiamente capacitados. En un área tan compleja y conflictiva para la administración de salud desde su mismo origen, esta distinción proporciona bases lógicas y concretas para la capacitación al especificar claramente dos niveles importantes en la docencia

de las ciencias políticas, distintos mas no excluyentes: el institucional y el sectorial, distinción que parece coincidir con la experiencia acumulada en la capacitación en salud pública en los últimos años.

Consideraciones finales

En su exposición ante la 87a. Sesión del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, en enero de 1991, el director general, Dr. Hiroshi Nakajima, expresaba la necesidad de estructurar un nuevo paradigma para la salud que expresara para el futuro la necesidad de las poblaciones. Señalaba también que los sistemas de salud de los próximos años deberían estar caracterizados por tres factores preponderantes: un mejoramiento permanente de la eficacia y la efectividad de las intervenciones técnicas; su compatibilidad con el sistema sociopolítico y su integración en el desarrollo económico nacional, y su respeto por los derechos humanos, tales como el derecho a ser informado, así como la integridad de lo individual —incluyendo la libertad de elegir— en el espíritu de la justicia social y la equidad (19).

La efectivización de esta filosofía en la práctica del sistema de atención involucra la capacitación de recursos humanos que posibiliten este cambio y su continuidad, a fin de adaptar el sistema a las variaciones políticas, económicas, sociales y culturales que caracterizan la sociedad de nuestros años y de los años futuros. La revisión de la crisis por la que atraviesa la formación de posgrado en salud pública, así como su estado actual en la Argentina, señala la distancia que nos separa no solo del cumplimiento de este objetivo, sino de la puesta en marcha de programas docentes enmarcados en una orientación que nos acerque a este cumplimiento. El punto de partida debe surgir, naturalmente, de la experiencia de los últimos años, aprovechando los aspectos positivos y neutralizando las tendencias negativas, cuya persistencia impide las tentativas hacia un despegue modernizante.

Una visión positiva surge, sin duda, de la extensión alcanzada por los cursos de administración de salud y la diversidad de instituciones que han asumido esta responsabilidad: responden sin duda a una necesidad y como tal han cumplido un importante cometido. Su difusión en espejo a lo largo del país, empero, representa una etapa cumplida. Se trató evidentemente de un crecimiento incoordinado, propio de las etapas de difusión, pero que a esta altura de su desarrollo, significa dispersión de esfuerzos y falta de definición de prioridades en relación con el tipo y nivel de personal que requiere capacitación y formación.

Sin embargo, más grave que esta dispersión es la incapacidad de las instituciones académicas de concretar la renovación del conocimiento que tanto necesitan los servicios de salud, incapacidad expresada en la falta de revisión de su contenido disciplinario y en no crear la estructura interdisciplinaria requerida para formar verdaderos líderes del sector.

Este es el escenario actual, producto de tendencias y coyunturas del pasado; lo verdaderamente grave, sin embargo, reside en la persistencia de esta tendencia en el futuro.

La complejidad que caracteriza al sistema de atención, la importancia que han adquirido los factores económicos, sociales y políticos en la salud, las crecientes discusiones sobre el papel del Estado, la gravedad de la crisis y el ajuste económico consiguiente en nuestros países, los problemas de la seguridad social, las expectativas de la población y la necesidad de asegurar su participación en la atención de su salud obligan a formar recursos humanos de alto nivel, distintos del administrador de salud o del diplomado en salud pública. Si en la formación de este nuevo "líder sectorial" privan las líneas de fuerza intra e interinstitucionales que hoy predominan en la docencia en salud pública —cualquiera sea su ámbito—, cometeremos un error cuyas consecuencias se pagarán por largas décadas.

La administración de salud se desarrolló siguiendo un patrón determinado: establecido el prototipo, con pequeñas diferencias, este prototipo se difundió y es el que hoy predomina. La realidad exige que, además de modernizar y perfeccionar este prototipo de "administrador institucional o programático", se cree otro nivel que asuma responsabilidad por el nivel sectorial. Esta inquietud es visible entre nosotros, y han comenzado a proliferar las iniciativas de cursos de nivel superior, tal como se registra en la mayoría de los países de América Latina.

No obstante, esta nueva etapa no debería desarrollarse según un patrón surgido de la rutina; es preciso cambiarlo por un ordenamiento racional de la formación en salud pública; cambiar un modelo surgido de la acomodación, del *ensamble* no racional de fuerzas de características variadas y disímiles, por el "diseño" de un sistema de formación en salud pública que interrelacione todos los componentes del sistema: universidades, ministerios, seguridad social, organizaciones profesionales, etc., en pos de objetivos especificados, aceptados y permanentemente evaluados.

Si nos atenemos a una perspectiva histórica, el proceso presenta características similares a las de las escuelas de salud pública: establecido un patrón, hacia 1920, fruto de algunas tendencias prevale-

cientes en la época y de circunstancias coyunturales, este patrón modeló la creación y el desarrollo de las escuelas en todos los países hasta nuestros días. Como en un círculo concéntrico, pero de radio más amplio —y en el cual están incluidas las escuelas—, esta nueva etapa que debemos iniciar para salir de la crisis en la formación en salud pública, puede repetir la experiencia de reproducir en espejo este modelo o bien, con un sentido de innovación y de creación, desarrollar un diseño de “sistema nacional de formación en salud pública” adecuado a las necesidades de la sociedad de este fin de siglo.

Esta es al parecer la tendencia que postulan los líderes más esclarecidos del sector, al insistir en la necesidad de que cada país o grupo de países, según sus características y circunstancias, desarrolle un sistema que solucione sus requerimientos de personal en todos los niveles y ámbitos. Así, Blainplain, en un estudio para Europa, ante la imposibilidad de recomendar fórmulas estándares para un sistema nacional aplicable la totalidad de los países, sugiere cuatro enfoques básicos interrelacionados para cubrir todas las necesidades de formación en salud pública: un programa académico, un programa de educación continuada, otro de investigación en servicios de salud, y un programa de desarrollo organizacional (13).

La elaboración de un diseño adecuado a nuestro país, en probable coordinación con otros países de la región, es la tarea a emprender en el futuro. Contamos al respecto con nuestra propia experiencia, así como con alternativas y estrategias propuestas en varias reuniones organizadas por la OPS en distintos países de la región para la estructuración de estas “redes” de formación de personal en salud pública.

Como punto de partida para la elaboración de un modelo de sistema nacional para la República Argentina, no debemos ir muy lejos, solo hasta Córdoba, y retroceder hasta 1987, cuando se realizó la Reunión de los Centros de Educación en Salud Pública, en cuya sesión inaugural el Dr. José Roberto Ferreira, especificando que su propósito era simplemente referirse a algunas tendencias que podrían orientar una estrategia, imaginaba un sistema de diferenciación progresiva. El primer nivel de este sistema estaba constituido por cursos básicos llevados a cabo en las provincias con el apoyo de las universidades locales; el segundo nivel, realizado en puntos seleccionados del país, sería una concentración regional de las diplomaturas de salud pública convencionales y, “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 con la universidad e institutos de investigación del área, se desarrollen centros de altos estudios en salud (20).

No se trata, por supuesto de una receta ni de un esquema rígido a aplicar, sino simplemente de una propuesta muy general para orientar una estrategia hacia el desarrollo de un sistema nacional de formación en salud pública. Se trata solamente de un aporte para el cumplimiento de la responsabilidad que nos cabe, por lo menos, a todos los presentes. Pero es ineludible una preocupación fundamental que gira alrededor de algunas preguntas inquietantes: ¿cuánto hemos avanzado en estos últimos cuatro años en la estructuración de un sistema nacional de formación de personal en salud pública? Y, más preocupante aún: ¿qué avances podremos mostrar en una reunión similar a esta, que realicemos dentro de cuatro años, en 1995, a pocos años del nuevo siglo?

Referencias bibliográficas

1. *Higher Education for Public Health. Report of Milbank Memorial Fund Commission*, Nueva York, 1976.
2. Evans, J. R. *Medición y gestión de los servicios médicos y sanitarios. Necesidades y oportunidades de formación profesional*. Nueva York, The Rockefeller Foundation, 1982.
3. OPS. Primera Conferencia Ibero-Americana de Escuelas de Salud Pública: enseñanza de la Salud Pública en las Américas. Informe Final. *Educación Médica y Salud* 23(1), Washington DC, enero/marzo de 1989.
4. Sonis, A. Escuelas de Salud Pública. Tendencias y perspectivas para la década del 70. VII Conferencia de Escuelas de Salud Pública de América Latina. *Educación Médica y Salud*, enero/marzo de 1972.
5. Starr, P. *The social transformation of American medicine*, Nueva York, Basic Book, Inc., 1982.
6. Fee, E. *Disease and discovery, a History of the J. Hopkins School of Hygiene and Public Health 1916-1939*. Londres, Baltimore, 1987.
7. Fox, D. A Flexner's Unpublished Report: Foundations and Medical Education 1909-1928. *Bulletin of History of Medicine*, invierno de 1980, págs. 475-496. Citado por Paul Starr en *The social transformation...*, cit.
8. Nájera E. *et al.* La salud pública, una teoría para una práctica. ¿Se precisa una reconstrucción? Washington-Sevilla, 1990, mimeografiado.
9. Motta P. R., La realidad administrativa y la necesidad de capacitación para el sector. XIII Reunión de ALAESP. Informe final. Cali, noviembre de 1985. Serie Desarrollos Humanos N° 73. Washington, OPS.
10. Kissick, W. Planning, Programming and Budgeting in Health. *Medical Care* (4), 1967.
11. OMS. *Normas recomendadas para las escuelas de salud pública*.

Décimo Informe del Comité de Expertos en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico. Serie de Informes Técnicos 216, Ginebra, 1961.

12. Ferreira, J. R. El liderazgo en salud pública en América. Primera Conferencia Ibero-Americana de Escuelas de Salud Pública, Puerto Rico, 1988. *Educación Médica y Salud* 23(1), enero/marzo de 1989.

13. Blainplain, J. E. Health management, education and training, en *Education of Managers in Health Services*, Düsseldorf, 1977; Regional Office for Europe, WHO, Copenhagen, 1978, ICP/HSD 043.

14. Roemer, I. *National Health Systems of the World*, vol. 1, Nueva York, Oxford University Press, 1991.

15. Frenk J. La salud pública: Campo de conocimiento y ámbito para la acción. *Salud Pública de México* 30:246-254, 1988.

16. Girardi, S. N. La fuerza de trabajo en el sector salud: elementos teóricos y evidencias empíricas. *Educación Médica y Salud* 25(1), enero-marzo de 1991.

17. WHO. Regional Office for Europe. *Education of Managers in Health Services*. Report on a Working Group, Düsseldorf, 1977, Copenhagen, 1978, ICP/HSD 043.

18. López, M. J. *Introducción a los estudios políticos*, vol. 1, Buenos Aires, Ed. Kapelusz, 1969.

19. WHO. *Statement by The Director-General to the Executive Board at its Eighty-Seven Session*, Ginebra, enero 14, 1991.

20. Ferreira, J. R. *El desarrollo de la formación en salud*. Reunión de Centros de Educación en Salud Pública, Córdoba, julio de 1987. Publicación N° 3, OPS/OMS, Buenos Aires, 1988.

ANEXO

Programa

Lunes 12 de agosto

- 9.00 Apertura.
Palabras de los doctores
Enrique Nájera (Representante OPS/OMS)
Miguel A. Santhiá (Presidente de AESPA)
Enrique Viacava (Academia Nacional de Medicina)
- 10.00 Presentación: Dr. José Roberto Ferreira (OPS/OMS)
Una mirada sobre el panorama actual de la formación en salud pública en la región de las Américas.
- 10.30 Presentación: Dr. Abraam Sonis (Universidad Maimónides)
Áreas críticas en la formación en salud pública. Elementos para el debate.
- 11.00 Discusión.
Coordinador: Dr. Enrique Nájera
- 12.30 Intervalo.
- 14.00 Presentación: Dr. Enrique Stein
Resultados del estudio sobre la formación de posgrado en salud pública, administración de servicios y programas relacionados en la República Argentina.
- 14.30 Preguntas, aclaraciones, comentarios.
- 15.30 Presentación: Dr. Luis Ruiz (OPS/OMS)
El análisis de la teoría y práctica de la salud pública.
Una propuesta para promover un cambio necesario.
- 16.00 Trabajo de grupos.
Análisis de la formación de recursos humanos en relación con la teoría y práctica de la salud pública.
- 19.00 Fin de la jornada.

Martes 13 de agosto

- 9.00 Panel:
Propuestas de orientación de la formación de posgrado en salud pública, administración de servicios y programas relacionados en el país.
Coordinador: Dr. Miguel A. Santhiá
Participan:
Dr. Vicente Mazzafero (UBA-AESPA)
Dr. José Russo (ministro de Salud del Neuquén)

Dr. Pablo Vinocur (FLACSO)
Dra. María Teresa Pace (Subsecretaría de Salud de
Tierra del Fuego)
Dr. Carlos Fernández: Iniciativa regional NOA
Iniciativa regional Comahue
Iniciativa de Mendoza
Dr. Horacio Pracilio: Iniciativa de Buenos Aires
Dr. Pedro Brito (OPS/OMS)

- 10.30 Trabajo de grupos.
Búsqueda de formas operativas para orientar la formación
en salud pública.
- 12.30 Intervalo.
- 14.00 Plenaria final.
- 15.30 Clausura de la reunión.
- 15.40 Reunión de AESPA.

Participantes

Mendoza

Dr. Carlos Vollmer
Fundación SISALUD
Patricias Mendocinas 3375
5500 Mendoza

Dr. Francisco Martín
Facultad de Ciencias Políticas y
Sociales
Universidad Nacional de Cuyo
Parque General San Martín
Mendoza

Dr. Juan José Barboza
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Cuyo
Parque Gral. San Martín
Mendoza

Neuquén

Dr. José Russo
Ministro de Salud del Neuquén
Fotheringham 121
8300 Neuquén

Dr. Enrique Olarte
Sociedad de Medicina Rural del
Neuquén
Pasaje Los Claveles s/n
Alta Barda
8300 Neuquén

Tierra del Fuego

Lic. Mónica Manzanares
Escuela de Salud Pública
Secretaría de Salud
Provincia de Tierra del Fuego
Ushuaia

FLACSO
Lic. Hugo Mercer
Las Heras 2096 piso 10
Capital Federal

Medicina y Sociedad

Dr. Carlos García Díaz
Dr. Julio Bello
Dr. Jorge Molinero
Dr. Jorge Mera
Medicina y Sociedad
Av. Pte. Roque Sáenz Peña 615 -
piso 8
1393 Capital Federal

La Plata

Dra. Mirta Escudero
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de La Plata
Calle 60 y 120
1900 La Plata

Dr. Horacio Pracilio
Escuela Superior de Sanidad -
Ministerio de Salud
Calle 12, Número 622
1900 La Plata

La Plata

Lic. Silvia Gascón
IOMA
Calle 8, número 1042
(esquina 521 bis)
1900 La Plata

Tucumán

Dr. Carlos Fernández
Dr. Carlos Medici
Dr. Alberto Martínez
Facultad de Medicina
Lamadrid 875
San Miguel de Tucumán
Tucumán

Corrientes

Dr. Alfredo Zurita
Cátedra de Medicina Sanitaria
Facultad de Medicina

- Universidad Nacional del Nordeste
 Mariano Moreno 1240
 Corrientes 3500
- Mar del Plata*
 Dr. Edgardo Padula
 Dra. Emilia Pepa
 Instituto Nacional de Epidemiología
 7600 Mar del Plata
- Rosario*
 Dr. Miguel Angel Santhiá
 Cátedra de Medicina Preventiva y Social
 Facultad de Ciencias Médicas
 Universidad Nacional de Rosario
 Urquiza 2431 - Casa 5
 Rosario 2000
- Dra. Graciela Enria
 Cátedra de Medicina y Sociedad
 Facultad de Ciencias Médicas
 Universidad Nacional de Rosario
 Santa Fe 3100
 Rosario 2000
- Asociación de Médicos Municipales*
 Dr. Martín Vásquez Vigo
 Virrey del Pino 1775 - Piso 5
 1426 Buenos Aires
- Catamarca*
 Dr. Ricardo Barrionuevo
 Facultad de Ciencias de la Salud
 Universidad Nacional de Catamarca
 Maestro Quiroga s/n
 San Fernando del Valle de Catamarca
- Córdoba*
 Dr. Luis César Abed
 Escuela de Salud Pública
 Facultad de Ciencias Médicas
 Pabellón Argentina
 Ciudad Universitaria
 Córdoba
- Dr. Carlos Gatti
 Departamento de Medicina Preventiva
 Universidad Católica de Córdoba
 Jacinto Ríos 571
 Barrio General Paz
 5000 Córdoba
- Lic. Carlos La Serna
 Instituto de Investigación y Formación en Salud Pública
 Universidad Nacional de Córdoba
 Facultad de Ciencias Económicas
 Av. Valparaíso s/nº
 Córdoba
- Universidad Católica Argentina*
 Dr. Luis A. Pico
 Riobamba 1225
 Capital Federal
- UBA*
 Dr. Vicente Mazzafero
 Dr. Carlos Ferrero
 Escuela de Salud Pública
 Marcelo T. de Alvear 2202
 1122 Buenos Aires
- Dra. Noemí Bordoni
 Cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria
 Facultad de Odontología
 Callao 1870, piso 5
 Capital Federal
- Ing. Augusto Pezcuma
 Instituto Argentino de Ingeniería Sanitaria
 Facultad de Ingeniería UBA
 Av. Paseo Colón 850
 1060 Buenos Aires
- Santa Fe*
 Dr. Luis Prono
 Escuela Superior de Sanidad
 Ramón Carrillo

Universidad Nacional del Litoral
Salvador Caputto 3353
3000 Santa Fe

Salta

Dra. María C. Pérez Somigliana
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Nacional de Salta
Buenos Aires 177- 4400 Salta

Universidad del Salvador

Dr. Adolfo Lizarraga
Dr. Jorge Lemus
Facultad de Medicina

Universidad Maimónides

Dr. Abraam Sonis
Juan de Garay 431,
piso 7 "C"
1153 Capital Federal

Otros

Dr. Francisco Carbajal
Sociedad Argentina de
Administración de Servicios
de Salud
Carlos M. de Alvear 2051
1605 Florida
Provincia de Buenos Aires

