

Volumen 23, No. 1  
Enero/marzo 1989

# Educación Médica y Salud

**PROMOCION DE LIDERAZGO  
Y FORMACION AVANZADA  
EN SALUD PUBLICA.  
SEGUNDA PARTE**

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

# E EDUCACION MEDICA Y SALUD

---

Revista trimestral de la Organización Panamericana de la Salud, creada en 1966 para servir a los países de las Américas en relación con sus actividades de desarrollo de recursos humanos en ciencias de la salud. En ella se dan a conocer experiencias en el proceso de enseñanza-aprendizaje, resultados de investigaciones, documentos de trabajo e informes de reuniones de importancia para la formación de personal de salud.

La Organización Panamericana de la Salud publica también las series de **Publicaciones Científicas**, **Cuadernos Técnicos** y **Documentos Oficiales**, y otras publicaciones periódicas, incluyendo el **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, revista mensual y órgano principal de información científica y biomédica de la OPS y el **Bulletin of PAHO**, revista trimestral que contiene material seleccionado especialmente por su interés para los países de habla inglesa de la Región de las Américas.

*Las opiniones expresadas en los artículos firmados que aparecen en esta revista son de la exclusiva responsabilidad de los autores*

ISSN 0013-1091

Ultimos números publicados:

Vol. 22, No. 3: Análisis prospectivo de la educación médica

Vol. 22, No. 4: Promoción de liderazgo y formación avanzada en salud pública. Primera parte

Próximo número:

Vol. 23, No. 2: Recursos humanos. Nuevos espacios de trabajo

1 <sup>1471</sup> **PRESENTACION**

**PRIMERA CONFERENCIA IBERO-PANAMERICANA DE ESCUELAS DE SALUD PUBLICA. GRAN ENCUENTRO IBERO-PANAMERICANO DE SALUD PUBLICA**

<sup>1472</sup> **I. ENSEÑANZA DE LA SALUD PUBLICA EN LAS AMERICAS**

3 **Declaración de Puerto Rico**

5 <sup>1473</sup> **El liderazgo en salud pública en América.** *José Roberto Ferreira*

14 <sup>74</sup> **Informe consolidado de las reuniones ALAESP/ASPH/OPS. Documento Básico para la Primera Conferencia Ibero-Panamericana de Escuelas de Salud Pública**

54 <sup>75</sup> **Informe final. Enseñanza de la salud pública en las Américas. Primera Conferencia Ibero-Panamericana de Escuelas de Salud Pública**

**II. SALUD COMUNITARIA Y BIENESTAR SOCIAL EN LOS GRUPOS DE ADULTOS Y ANCIANOS**

67 <sup>76</sup> **Informe final del grupo de trabajo sobre salud comunitaria y bienestar social en los grupos de adultos y ancianos**

75 **Salud del adulto en América Latina. Situación actual y perspectivas.** *Elías Anzola Pérez*

87 **Promoción y protección de la salud del adulto en América Latina y el Caribe.** *Luis Ruiz*

101 **Salud y bienestar de adultos y envejecientes. Implicaciones para la docencia, la investigación y los servicios.** *Eduardo Cano Gaviria*

108 **La situación de los envejecientes en Puerto Rico. Estrategias de acción para la educación y el servicio.** *Celia E. Cintrón*

**NOTICIAS**

114 **Grupo regional de consulta sobre educación permanente en salud**

## **C**ONSEJO EDITORIAL DE *EDUCACION MEDICA Y SALUD*:

- Dr. José Roberto Ferreira, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS (Presidente)
- Dr. Jorge Haddad, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS (Secretario)
- Dr. Jean Pillet, Banco Mundial
- Dr. Carlos Martini, American Medical Association
- Dr. Manuel Bobenrieth, Programa de Información Científico-técnica en Salud, OPS
- Ing. Horst Otterstetter, Programa de Salud Ambiental, OPS

## **I**NFORMACION PARA LOS AUTORES

---

1. Los artículos enviados para publicación serán inéditos y así han de permanecer hasta su aparición en *Educación Médica y Salud*. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) se reserva todos los derechos de propiedad del material recibido.

2. Los originales se remitirán al Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, Organización Panamericana de la Salud, 525, 23rd Street, NW, Washington, DC, 20037, EUA.

3. Los artículos deberán tratar directa o indirectamente sobre temas de educación y adiestramiento de personal de salud en su concepto más amplio, especialmente los relacionados con planificación, desarrollo y evaluación de programas de enseñanza, nuevos métodos educacionales, investigación de educación médica y desarrollo de recursos humanos para la salud.

4. La OPS se reserva el derecho de aceptar o rechazar, de acuerdo a las recomendaciones del Consejo Editorial, los trabajos recibidos. También se reserva el derecho de realizar cualquier revisión editorial que estime necesaria, incluso la condensación u omisión de parte del texto, cuadros, ilustraciones y anexos.

5. Deberán incluirse los nombres del autor y de los coautores, el nombre de la institución a que pertenecen y la dirección postal del autor.

6. Cada artículo incluirá una introducción donde se explique la razón por la cual se ha llevado a cabo el trabajo y lo que se espera que aporte en el campo científico; conclusiones y recomendaciones, de ser pertinentes, **y terminará con un resumen que dé una idea precisa del contenido.**

7. La lista de referencias y la bibliografía se ajustarán a las normas seguidas en la revista: apellido del autor e iniciales del nombre; título del trabajo o del libro en su idioma original; nombre completo de la revista, de la casa editora, o de la institución; lugar de publicación (ciudad y país); y volumen, página y fecha de publicación. Las referencias deben aparecer en el texto por orden numérico consecutivo (números arábigos en paréntesis y subrayados), en el mismo orden en que se agrupan al final del trabajo.

8. El autor podrá solicitar gratis 10 ejemplares del número en que aparece su artículo.



# P PRESENTACION

---

El Gran Encuentro Ibero-Panamericano de Salud Pública de 1988 (GEISP'88) fue una actividad conjunta del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, el Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, la Asociación de Hospitales de Puerto Rico y la Federación Latinoamericana de Hospitales.

El Gran Encuentro tuvo como propósito propiciar un clima dinámico para el análisis de los logros obtenidos por las instituciones, grupos de investigación y países asistentes, así como el desarrollo y aplicaciones de ideas creativas en programas de ayuda, asistencia y cooperación interinstitucional.

GEISP'88 intentó además servir de plataforma para profesionales vinculados a la planificación, educación, administración, investigación y ejecución de programas de salud pública y medicina asistencial del área ibero-panamericana, así como servir de foro para el intercambio de conocimientos, experiencias y logros obtenidos en Norte, Centro y Sur América, el Caribe, España y Portugal. Asimismo, intentó ser una iniciativa para el fomento y la cooperación entre los países, instituciones y personas interesadas en la consecución de las metas de salud para todos en el año 2000, guiados en su ejecución por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

Esta iniciativa fue suscrita por variados organismos, agencias e instituciones nacionales e internacionales, respaldando el esfuerzo conjunto de docencia y servicios acorde con las necesidades de los países.

GEISP'88 celebró simultáneamente las siguientes actividades:

- Primera Conferencia Ibero-Panamericana de Escuelas de Salud Pública:
  - Grupo I: Cooperación para la Enseñanza de la Salud Pública en las Américas.
  - Grupo II: Salud Comunitaria y Bienestar Social en los Grupos de Adultos y Ancianos.
- Segunda Conferencia Ibero-Panamericana sobre la Función de la Medicina de Familia en el Planteamiento Nacional de la Salud.
- Primer Congreso Ibero-Americano y Caribeño de Hospitales.

- Undécima Asamblea General de la Federación Latinoamericana de Hospitales.
- Cuadragésimo Quinta Asamblea de la Asociación de Hospitales de Puerto Rico.
- Sexto Congreso Ibero-Panamericano para el Estudio Científico del Retraso Mental.
- Segundo Simposio sobre el SIDA para Profesionales de la Salud: Perspectivas y Estrategias de Salud Pública.
- Primer Seminario Ibero-Panamericano para la Formación de Profesores de Odontología.

En el presente número de *Educación Médica y Salud* se dan a conocer los documentos de discusión y los informes correspondientes a los dos grupos de trabajo de la Primera Conferencia Ibero-Panamericana de Escuelas de Salud Pública.

**José Roberto Ferreira**  
**Coordinador del Programa de**  
**Desarrollo de Recursos Humanos en Salud**  
**Organización Panamericana de la Salud**

---

# D DECLARACION DE PUERTO RICO

---

Los participantes en la Primera Conferencia Ibero-Panamericana de Escuelas de Salud Pública (Gran Encuentro Ibero-Panamericano de Salud Pública, realizado en San Juan, Puerto Rico, entre el 31 de julio y el 5 de agosto de 1988), representando instituciones y programas de formación en salud pública, afiliados respectivamente a la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAES) y a la Asociación de Escuelas de Salud Pública de los Estados Unidos de América (ASPH), reunidos en esta oportunidad bajo el auspicio del Gobierno local y de la Organización Panamericana de la Salud,

**Acuerdan** hacer la Declaración que sigue:

**Considerando** la importancia de la meta global de salud para todos en el año 2000, centrada en la equidad social y en la estrategia de atención primaria de salud, unánimemente adoptada por los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud en 1978, y

**Reconociendo** la necesidad de promover estos principios en:

- el proceso de formulación de políticas y de toma de decisiones en todos los niveles,
- la organización y administración de sistemas de salud con énfasis en la descentralización y en el fortalecimiento de los programas locales de salud,
- la prestación de servicios de salud, y
- el desarrollo de la participación comunitaria y el logro de estilos de vida saludables;

**Adoptan**, como compromiso colectivo de las instituciones que representan:

- el propósito de promover el desarrollo del liderazgo en salud, con énfasis en la ampliación del diálogo sociopolítico en un contexto intersectorial, y
- la decisión de establecer un proceso de cooperación interinstitucional para:

- profundizar en el análisis del papel de la formación avanzada en salud pública para el desarrollo de los sistemas de salud,
- realizar estudios colaborativos en áreas prioritarias para la transformación de los sistemas de salud, y
- desarrollar enfoques educativos en estrecha coordinación con la práctica de la salud pública en toda su amplitud.

Para esto se proponen unir esfuerzos, entre sí y con los organismos internacionales y nacionales que correspondan, en la formulación de acciones estratégicas y la búsqueda de los recursos necesarios para llevar a la práctica este cometido.

**Aprobada en  
San Juan, Puerto Rico, el  
3 de agosto de 1988**

---

# EL LIDERAZGO EN SALUD PUBLICA EN AMERICA<sup>1</sup>

*José Roberto Ferreira<sup>2</sup>*

---

## INTRODUCCION

La realización de este Gran Encuentro Ibero-Panamericano de Salud Pública representa en forma general, según la propuesta de sus organizadores, el inicio de las conmemoraciones del descubrimiento de América. En particular para los participantes en esta reunión —los responsables de las escuelas de salud pública del continente— este objetivo se restringe a retomar en forma simbólica la transcendencia del hecho épico como estímulo e importante conquista en su área específica: la conjunción del nuevo saber y nueva práctica de la salud pública.

La oportunidad de que esto ocurra cuatro años antes de la fecha de conmemoración del Quinto Centenario, nos deja, por otro lado, un plazo más viable para que lo ambicioso de las propuestas que aquí vamos a discutir puedan ser implementadas, favoreciendo el acercamiento a otro ideal, referido este al año 2000: el alcance de salud para todos, la meta de la OMS establecida en Alma Ata.

Por todo esto, nuestros cumplimientos por la iniciativa y los mejores agradecimientos al Gobierno de Puerto Rico y a los directamente responsables por este Encuentro.

Nosotros en la OPS, estamos llegando a la cumbre de un proceso que se inició hace casi exactamente dos años, en julio de 1986, con la reunión que promovimos entre la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESP) y la Asociación de Escuelas de Salud Pública de los Estados Unidos (ASPH). En el ínterin se

---

<sup>1</sup> Presentación en la Primera Conferencia Ibero-Panamericana de Escuelas de Salud Pública, Gran Encuentro Ibero-Panamericano de Salud Pública, San Juan, Puerto Rico, 31 de julio-5 de agosto de 1988.

<sup>2</sup> Coordinador del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC.

reunieron una serie de grupos de trabajo, con la participación de representaciones de escuelas de las dos Asociaciones, para el análisis en profundidad de áreas problemas relacionadas con la práctica de la salud pública y alrededor de las cuales se viene considerando la posibilidad de una más amplia cooperación entre las escuelas de Norte y Sur América.

Con base en el informe consolidado de las seis reuniones realizadas<sup>3</sup>, les proponemos ahora retomar el debate para la formulación de un plan de cooperación a más largo plazo.

## LA AUTONOMIA DE LA SALUD PUBLICA

En ese mismo informe se señala que es imperioso que las escuelas de salud pública redefinan vocaciones, prácticas y saberes, precisen objetivos y métodos, y se conviertan en generadoras no solo de posibles agentes de cambio, sino que formulen y elaboren los conocimientos e instrumentos necesarios para que el cambio pueda ser implementado. Desde luego, parecería que, respetando las debidas proporciones, este señalamiento se aplica tanto a aquellas instituciones de países en desarrollo como a las de los ya desarrollados. Pero, además, se podría indicar que tampoco se trata de una observación novedosa, sino que en este momento se la puede considerar más oportuna, cuando se toma en cuenta el agotamiento de los paradigmas tradicionales que han orientado su acción, la necesidad eminente de dar respuesta a problemáticas de cada vez mayor complejidad, y el desarrollo que se ha logrado de las bases conceptuales de un nuevo pensamiento sanitario.

Hace 35 años Winslow afirmaba que “la salud pública no es una rama de la medicina o ingeniería, sino una profesión (en sí misma) dedicada a un servicio comunitario que incluye el esfuerzo cooperativo de una docena de diferentes profesiones”. Aunque no rechazada, tal afirmación no puede haber sido suficiente para contrarrestar la tradición histórica y el carácter dominante de la medicina, especialmente en lo relativo a la administración de los servicios de salud.

Esto es verdad particularmente en América Latina, en donde la profesión médica ejerce el liderazgo en el manejo de los servicios, y también predomina entre los que buscan formación especializada en salud pública. En los Estados Unidos tal situación ha variado con la participación de las escuelas de administración de empresas en la formación de los administradores de salud, sobre todo en el área hospitalaria, y en ese con-

---

<sup>3</sup> Se incluye el informe consolidado en este número de *Educación Médica y Salud*. Los informes individuales de las seis reuniones se presentaron en el número anterior de esta revista (Vol. 22, No. 4, 1988).

texto el número de médicos no alcanza siquiera a un 20% entre los equipos de la salud pública. Sin embargo, tampoco parece satisfacer esta desviación acentuada a la gerencia corporativa, como indica Milton Roemer cuando reconoce la importancia de varios instrumentos de la administración, pero ve con cautela el hecho de que en el contexto corporativo la principal preocupación es el lucro para mantener el negocio en permanente desarrollo y expansión. Estamos de acuerdo con él cuando considera que estos valores, trasladados a la administración hospitalaria, pueden conducir a políticas contrarias al interés público.

En esta dependencia alternativa entre lo médico y lo administrativo vale tomar en cuenta la observación de la Dra. Lashof, cuando insiste que las escuelas de salud pública son distintas de todas las otras escuelas profesionales que tienen relación con salud, dado que se orientan a la prevención, responden a un sistema de valores igualitario dirigido al servicio público, y están orientadas más hacia las necesidades que hacia las demandas, adiestrando al personal para un trabajo en equipo a nivel comunitario y en agencias organizadas del sistema de salud. Asimismo, adoptando una posición extrema, estaríamos de acuerdo con Fineberg, cuando acentúa que tendría más sentido lógico la formación médica bajo el "paraguas" de una perspectiva de salud pública, que la situación opuesta que se encuentra en la práctica.

De hecho, salud pública corresponde al todo más amplio, tanto en el espacio poblacional como en el ámbito de conocimientos y al reconocer su autonomía es necesario valorar su carácter interdisciplinario, que supera la simple agregación temática e involucra toda una nueva forma de razonamiento y comprensión, y su alcance práctico en instancias biológicas, sociales, económicas y políticas. A esto nos referíamos al señalar como objeto de este Encuentro la conjunción de nuevo saber y nueva práctica de la salud pública.

## **AREAS DE DESARROLLO FUTURO**

En el contexto descrito, el resultado de las seis reuniones realizadas entre las escuelas afiliadas a ALAESP y ASPH, presentado en el informe consolidado que aquí estamos divulgando, sugiere la necesidad de repensar el objeto de la formación en salud pública, hace un importante aporte para la identificación de las áreas temáticas no convencionales carentes de profundización, y propone esquemas operativos para el desarrollo de un trabajo cooperativo que facilite el avance en este campo.

El análisis de la primera sugerencia —la necesidad de repensar el objeto de la formación en salud pública— demandaría fácilmente todo el tiempo de que disponemos en esta reunión y posiblemente no permitiría más que abordar generalidades al respecto. De hecho, la mayoría de los



pronunciamientos recientes de los responsables de las mismas escuelas de salud pública presentan argumentos en relación a este tema candente.

Más que ahondar en el particular les referiría a un trabajo de Milton Roemer, "Preparing Public Health Leaders for the 1990's", que trata el asunto con aquella propiedad que le es peculiar. Otra vez, aparte de las grandes diferencias que se pueden considerar cuando se analiza la misma problemática en el contexto latinoamericano, reconocemos puntos de identidad con el planteamiento de Roemer que justifican un mayor intercambio en la búsqueda de soluciones.

Creo también que los latinos pueden haber avanzado más en el análisis de la historia del proceso y en el reconocimiento de la determinación social, hechos que están conduciendo a importantes aportes conceptuales, dentro de una perspectiva social transformadora. El replanteo del proceso salud-enfermedad y la incorporación de lo político y lo social al quehacer de salud son las consecuencias inmediatas de este avance.

La cuarta fase evolutiva de la enseñanza de la salud pública, que según señala Roemer en el referido trabajo, corresponde al momento presente —el acercamiento a todas las ciencias sociales— resulta poco eficaz cuando, restringida al terreno puramente académico, favorece el desarrollo de tesis de doctorado en tópicos ajenos a la realidad concreta de los servicios de salud.

Y esto nos lleva a la motivación más importante de las seis reuniones ALAESP/ASPH/OPS: la necesidad de promover el desarrollo de liderazgo en salud, referido a una estrecha vinculación a los servicios y orientado a los niveles de toma de decisión, con énfasis en la ampliación del diálogo sociopolítico en un contexto intersectorial.

El informe consolidado de dichas reuniones introduce una diferenciación importante en este particular, reconociendo como *liderazgo institucional* el que resulta del esfuerzo orientado a la capacitación gerencial, tradicionalmente desarrollado por la mayoría de las escuelas y llamando *liderazgo sectorial* a este nuevo enfoque interdisciplinario de interpretación del contexto social que permitiría en un nivel macro influenciar decisiones políticas en un ámbito más amplio. En la práctica estaríamos dando respuesta con este enfoque al dilema señalado anteriormente en relación a la conducción sectorial, en que compiten médicos y administradores, para de una vez por todas llevar al profesional de salud pública (independientemente de su profesión primaria) a asumir el rol que le corresponde como líder en el desarrollo de los sistemas de servicios de salud. Se podría admitir además, como corolario de esta situación, un reconocimiento más efectivo y permanente de las propias escuelas de salud pública, que han estado sujetas en el pasado reciente a planteamientos dudosos en cuanto a su propia justificación.

La última Asamblea Mundial de la Salud, realizada en mayo del presente año (1988) en Ginebra, dedicó sus Discusiones Técnicas a un

análisis exhaustivo de la promoción de liderazgo en el contexto de la meta de salud para todos. En aquella oportunidad, la iniciativa en curso en las escuelas de salud pública de América fue comentada y referida con énfasis en su informe final, reconociendo la importancia de asociar liderazgo y conducción sectorial a la necesidad de formación avanzada, no de orientación estrictamente académica sino que en estrecha vinculación con la situación concreta con que se enfrenta el sector salud.

Si estamos de acuerdo con este planteamiento, podemos pasar a la segunda aportación de las seis reuniones para revisar aquí las áreas temáticas identificadas como base para la orientación del contenido sustantivo a ser tomado en cuenta en la formación avanzada propuesta. Tampoco creo que esto se pueda realizar en el seno de esta reunión, sino que, más bien, deberíamos limitar nuestra acción a la posible ubicación de estas unidades temáticas en un esquema de programación de la cooperación interinstitucional que eventualmente va a permitir avanzar en la promoción del liderazgo sectorial.

Para este cometido, se puede tomar en cuenta un primer nivel de desglose de las áreas temáticas analizadas, que incluyen:

1. *Con el propósito de asegurar para la salud una posición de destaque en el contexto del desarrollo social:*
  - Analizar el papel del Estado con la crisis del “Estado Benefactor” y la desvaloración relativa de las políticas sociales.
  - Promover la participación colectiva mediatizada por los sectores oficiales y fuerzas sociales envueltas en el proceso.
  - Analizar los aspectos conceptuales y metodológicos relacionados con los procesos de formulación, ejecución y evaluación de las políticas de salud en el contexto de las políticas públicas.
  - Profundizar en el análisis de las dimensiones intersectoriales de la salud y en las posibilidades de programar en forma integral las actividades intersectoriales.
2. *Con el propósito de promover una práctica epidemiológica integral:*
  - Realizar estudios de la situación de salud en diferentes grupos de población, sus determinantes y sus tendencias.
  - Desarrollar la vigilancia epidemiológica y control de enfermedades (agudas y crónicas) y otros problemas de salud.
  - Promover la investigación causal y explicativa sobre problemas prioritarios de salud.
  - Evaluar el impacto de los servicios y otras acciones de salud, sobre las personas, medio ambiente y condiciones de vida.

3. *Con el propósito de lograr que los servicios de salud extiendan la cobertura a toda la población:*
  - Analizar las posibilidades de descentralización y desconcentración del Estado en general y del sector salud en particular, con especial atención a los aspectos políticos, administrativos y financieros.
  - Promover el fortalecimiento de la capacidad de operación de los servicios locales de salud, incluyendo todos los recursos existentes en un espacio determinado, sean públicos, de la seguridad social o privados.
  - Acompañar el desarrollo de estas experiencias con estudios descriptivos y evaluativos a nivel local y nacional, y estudios analíticos comparativos entre países, con el fin de entender como se da el proceso de cambio o transformación de los servicios.
4. *Con el propósito de avanzar en el entendimiento de las interrelaciones entre economía y salud:*
  - Profundizar en la integración del análisis económico con la visión sociopolítica comprometida con la construcción de sociedades más justas y equitativas.
  - Desarrollar la investigación en la búsqueda del establecimiento de un nexo entre el conocimiento económico y el conocimiento específico de salud.
  - Promover mecanismos de análisis económico y financiero que faciliten la detección de factores de distorsión de costos y gastos superfluos.
  - Explorar alternativas de financiamiento a nivel de los subsectores público, seguro social y privado.
5. *Con el propósito de establecer una relación más adecuada entre la formación profesional y la realidad del mercado de trabajo:*
  - Proponer estudios de la fuerza de trabajo en salud, con una estructura conceptual amplia que incorpore el instrumental de las ciencias sociales.
  - Establecer políticas de recursos humanos ajustadas al contexto sociopolítico vigente.
  - Reforzar el proceso formativo en salud con sólida base social y desarrollo de la integración docente-asistencial.
  - Promover la educación continua ajustada a la realidad y al proceso de transformación de los servicios.
6. *Con el propósito de racionalizar el desarrollo y utilización de tecnologías en salud y asegurar la mejor calidad de la atención:*
  - Profundizar el conocimiento en los aspectos relativos a la regulación, incorporación y utilización de las diversas tecnologías para el sector salud.

- Analizar y formular políticas orientadas al logro de capacidad tecnológica autónoma ajustada a los valores culturales y necesidades básicas de la población.
- Desarrollar mecanismos que permitan la coordinación a nivel del Estado, tanto como función promocional y global como de fiscalización y control.
- Perfeccionar métodos de evaluación de procedimientos y tecnologías aplicables en salud, teniendo en vista su riesgo, resultados y relación de costo-beneficio.

## **PROSPECTIVA DE UNA RED DE COOPERACION**

Todos estos temas de trabajo involucran en mayor o menor medida aspectos carentes de profundización, que pueden ser objeto de investigaciones complementarias o por lo menos de mayor elaboración en un plan didáctico-pedagógico. En ambos casos su desarrollo puede ser la motivación para conformar una red interinstitucional de cooperación técnica, propuesta central resultante de las seis reuniones ALAESP/ASPH/OPS. La operacionalización del trabajo intra e interinstitucional en esta red se podría desarrollar tomando por base la matriz que presenta el informe consolidado, que sitúa en un eje las instancias jerárquicas del sistema de salud, considerando los niveles central, intermedio y local, y en el otro eje las áreas de conocimiento que alimentan los aspectos temáticos señalados.

Para el caso especial de América Latina este esquema podrá ayudar a una mejor orientación de la formación de distintos niveles de personal, tomando en cuenta la existencia de una pluralidad de instituciones y modalidades de cursos. Ya el modelo tradicional de la Maestría en Salud Pública como patrón predominante, sería insuficiente. Asimismo, los cursos de especialización, y en algunos casos las residencias en salud colectiva, responderían a buena parte de la demanda en los niveles intermedios. Esto llevaría a las escuelas de salud pública a plantearse una misión más dirigida a la promoción del liderazgo, en la forma referida en la primera parte de esta exposición.

Con esta orientación sí se podría pensar en puntos de identidad entre las escuelas de Sur y Norte América, los cuales justificarían el desarrollo de la red interinstitucional de cooperación técnica propuesta.

La estrategia posible para este cometido estaría basada en la constitución de grupos de trabajo dedicados al desarrollo conceptual y metodológico para apoyar esfuerzos de investigación y docencia en muchos de los campos mencionados, siempre que ajustados a la realidad de los servicios y a la búsqueda de soluciones transformadoras faciliten el alcance de metas de equidad, eficiencia y eficacia en la atención de la salud.

Fundamentalmente se pensaría en adoptar en este trabajo modelos simulados y escenarios prospectivos, generados con base en síntesis consensuales, para utilizarlos como parámetros del grado de compromiso de las instituciones involucradas y de sus programas, con relación al proceso de desarrollo socioeconómico y de salud. Este enfoque debe exponer a los docentes a un marco interpretativo mucho más amplio que el que usualmente se maneja en estos niveles, induciendo un proceso de concientización altamente motivador hacia cambios de mayor trascendencia.

Establecida esta precondition para el cambio, podrán los mismos grupos de trabajo y las mismas instituciones individuales a ellos relacionadas avanzar en la profundización de los temas específicos, sea en proyectos colaborativos de investigación, sea en la formulación de esquemas alternativos de desarrollo —ambos, debiendo ser ampliamente divulgados a través del mecanismo de red de cooperación técnica.

Retomando estos dos últimos pasos, para mayor aclaración diríamos que no se trata de añadir al contenido rutinario de los programas de formación los temas identificados en las reuniones ALAESP/ASPH/OPS. Más bien se estaría buscando que el análisis de estos temas se realizase en un contexto de amplia apertura, previamente motivado para liberarse de los paradigmas tradicionales que han orientado el funcionamiento de los servicios de salud y convencidos de la necesidad del cambio.

Pienso que en el decorrer del presente Encuentro sería posible ahondar en el entendimiento y formulación de estas etapas operativas del desarrollo de la red de cooperación técnica, eventualmente avanzando en la selección de temas prioritarios que podrán constituir objetos de enlace para el trabajo conjunto de las instituciones participantes.

Esta me parece la estrategia más adecuada, tanto para promover el permanente desarrollo de la formación en salud pública, como para asegurar su reorientación a tono con las transformaciones necesarias para el alcance de la meta de salud para todos en el año 2000. En este esfuerzo, acompañando a las escuelas de salud pública, esperamos que se inscriban en un ámbito más amplio las universidades de América, comprometiéndose en el estudio integral de la salud de los pueblos del continente a partir del reconocimiento de que la salud, por su carácter interdisciplinario, solo puede alcanzarse mediante la acción integrada de diversos sectores y el desarrollo de diferentes campos del conocimiento.

La transformación de la formación en salud pública en el contexto del desarrollo socioeconómico y de la salud de los pueblos es, por consiguiente, tarea de todos y constituye un desafío para el trabajo en coordinación de comunidades académicas, gobiernos, instituciones y sociedades de todos y cada uno de los países del mundo.

## BIBLIOGRAFIA

- ALAESP. Informe final de la XIV Conferencia de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública. México, 1987.
- Bridgers, W.F. Public Health: What is it? Schools of Public Health: What do they do?. Documento mimeografiado, 1981.
- Ferreira, J.R. El Desarrollo de la Formación en Salud Pública. Ponencia presentada en la III Reunión de la Asociación Mexicana de Educación en Salud Pública. Veracruz, México, 1987.
- Fineberg, H.V. Transcripción de entrevista en la radio. Sidney, 1986.
- Lashof, J. Statement on behalf of the ASPH to the House Committee on Appropriation. Washington, DC., 1983.
- Macedo, C.G. de. Discurso inaugural de la Conferencia Latinoamericana de Epidemiología. Buenos Aires, Argentina, 1983.
- Organización Mundial de la Salud. Informe Final—Discusiones Técnicas sobre Liderazgo en Salud. Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, 1988.
- Roemer, M.I. More Schools of Public Health: A Worldwide Need. *International Journal of Health Series*, Vol.14, No.3, 1984.
- Roemer, M.I. Preparing Public Health Leaders for the 1990's. Documento mimeografiado. UCLA School of Public Health, 1987.
- Sheps, C.G. Higher Education for Public Health. A report of the Milbank Memorial Fund. New York, 1976.
- White, S. Between Profession and Vocation: The Case of Public Health. *The Public Interest*, 1985.
-

# **I NFORME CONSOLIDADO DE LAS REUNIONES ALAESP/ASPH/OPS. DOCUMENTO BASICO PARA LA PRIMERA CONFERENCIA IBERO-PANAMERICANA DE ESCUELAS DE SALUD PUBLICA**

---

## **ANTECEDENTES**

La XXII Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó en 1986 tres grandes áreas donde se deberían dar los avances necesarios para la transformación de los sistemas nacionales de salud. Las prioridades programáticas se organizaban en torno de los siguientes ejes principales:

- “El desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud con énfasis en la atención primaria de la salud;
- La atención de los problemas prioritarios de salud presentes en grupos humanos vulnerables, con programas específicos puestos en marcha a través del sistema de servicios de salud, y
- El proceso de administración del conocimiento necesario para llevar a cabo los dos aspectos anteriores.”<sup>1</sup>

En julio de ese mismo año de 1986, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) patrocinó una reunión de los Comités Directivos de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESP) y de la Asociación de Escuelas de Salud Pública de los Estados Unidos de América (ASPH) con el propósito de revisar y analizar las prioridades y las nuevas orientaciones en las formas de cooperación entre programas y entre instituciones. En este sentido, los participantes de

---

<sup>1</sup> Principios Básicos para la Acción de la Organización Panamericana de la Salud, 1987-1990.



la reunión acordaron dar apoyo preferencial al desarrollo de los siguientes asuntos:

- a) Fortalecimiento de los aspectos relacionados con salud en las políticas de desarrollo y en la coordinación de acciones con otros sectores.
- b) Reorientación y organización de los sistemas nacionales de salud para lograr equidad, eficiencia y efectividad.
- c) Desarrollo de la capacidad de análisis financiero del sector.
- d) Mejoramiento de los sistemas nacionales de información y su articulación con los sistemas de información de otros sectores.
- e) Promoción de políticas para el desarrollo, producción, incorporación y utilización de tecnologías e insumos críticos necesarios para la provisión de servicios de salud.
- f) Búsqueda de los mejores medios de enseñanza y capacitación de recursos humanos y una mejor eficiencia en su selección, educación permanente y utilización, particularmente para la administración de los niveles medios y superiores.

Con estos temas como marco de referencia y directrices para la acción, se optó por la estrategia de elevar la capacidad, la eficiencia y la eficacia de los administradores de salud, entendido el término "administración" en su sentido más amplio y noble. Siendo esta la estrategia a ser seguida para la transformación de los sistemas nacionales de salud, el modo de implementar la misma admitía dos ejes de trabajo: uno organizacional y el otro temático.

El eje organizacional propone la estructuración de una red horizontal de intercambio entre las instituciones asociadas a la ALAESP y la ASPH, con sus derivaciones de intercambios entre instituciones y científicos que a ellas pertenecen y entre científicos entre sí.

El eje temático es el que sistematiza los asuntos prioritarios sobre los cuales se deberán centrar las actividades docentes y de investigación, con el objetivo de maximizar el esfuerzo de formación y capacitación de administradores en las áreas más estratégicas para la transformación de los sistemas nacionales de salud.

El primer paso en la dirección deseada fue la realización de seis talleres, llevados a cabo cada uno de ellos en una escuela de salud pública de la Región, en los cuales participaron representantes de las escuelas de salud pública tanto de la América Latina como de los Estados Unidos, así como participantes del nivel local de cada uno de los lugares en donde las reuniones tuvieron lugar. Los temas, lugares y fechas figuran en el cuadro 1.

Se discutieron en dichas reuniones las formas en que era posible promover y desarrollar mecanismos y estrategias de cooperación en las áreas específicas identificadas, de tal manera que se crease una instancia

**CUADRO 1. Cronograma de reuniones ALAESP/ASPH/OPS.**

Fecha	Tema de la Reunión	Lugar
21-24 abril 1987	Análisis de políticas públicas en el contexto de salud y desarrollo	Escuela de Salud Pública, México, DF, MEXICO
25-29 mayo 1987	Sistemas nacionales de información y desarrollo de la epidemiología	Facultad de Salud Pública, Caracas, VENEZUELA
20-24 julio 1987	Economía y financiamiento de la salud	Escuela de Salud Pública, Buenos Aires, ARGENTINA
17-22 agosto 1987	Recursos humanos en salud	Escuela Nacional de Salud Pública, Rio de Janeiro, BRASIL
5-9 octubre 1987	El proceso de desarrollo tecnológico en salud	Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín, COLOMBIA
1-5 febrero 1988	Sistemas de servicios de salud	Escuela de Salud Pública, San Juan, PUERTO RICO

de coordinación que permitiera potencializar los esfuerzos individuales efectuados por las diversas escuelas de salud pública y órganos similares de la América Latina y de los Estados Unidos.

Los temas centrales propuestos para discusión estaban relacionados con:

- Fortalecimiento y desarrollo institucional.
- Fortalecimiento de la capacidad docente.
- Fortalecimiento de la capacidad de investigación.

El análisis de estos temas centrales debería inducir la discusión de asuntos tales como:

- Sistemas para la diseminación e intercambio de informaciones científicas, técnicas y organizacionales.
- Producción y divulgación de insumos para la docencia y la investigación.
- Desarrollo y fortalecimiento de mecanismos cuantitativos que posibiliten una mayor y más intensa relación entre instituciones docentes y de servicios.
- Promoción de nuevas tecnologías educacionales, incluyendo

programas de educación permanente, programas no tradicionales para la formación y capacitación del personal de salud y programas de educación a distancia.

- Fomento y apoyo al desarrollo de programas que estimulen el intercambio interinstitucional de docentes, investigadores y alumnos, así como la realización de investigaciones multi-institucionales.

Este documento tiene como finalidad consolidar el conjunto de los aportes realizados en las seis reuniones, ya sea en las discusiones y debates, ya sea en los documentos de referencia. Para poder cumplir con ese propósito se seguirá el siguiente orden para la presentación de los asuntos:

- Escenarios en donde se desenvuelve el quehacer de las escuelas de salud pública y sus posibles transformaciones.
- Contexto de las escuelas de salud pública.
- El objeto de trabajo de las escuelas de salud pública y perspectivas para su análisis.
- Propuestas para cada una de las áreas temáticas de las reuniones.
- Propuesta para una Red Interinstitucional.
- Papel de la OPS.

## **ESCENARIOS ACTUALES Y PROBABLES**

El aspecto genérico más importante, por lo que restringe y condiciona todas las otras proposiciones, está dado por el peso de la deuda externa que agobia a la mayoría de los países y revierte el ciclo histórico exportando el ahorro de los países en desarrollo a los países desarrollados, disminuyendo o imposibilitando la inversión nacional productiva. Esta situación, que adquiere contornos particulares en cada realidad nacional, obliga a pensar en alternativas de cooperación entre países de problemática similar, de modo de no contribuir al aumento del endeudamiento existente, y a dirigir los esfuerzos nacionales hacia la búsqueda de salidas tecnológicas que maximicen la utilización de su propio potencial.

Como consecuencia de lo señalado, se observa hoy en día una crisis de las políticas sociales en general, y de las de salud en particular, en gran parte de los países de la América Latina y del Caribe. Esta crisis se expresa en una contradicción flagrante entre las necesidades de expandir la inversión sectorial para dar respuesta a las demandas crecientes de la sociedad y la disminución de los recursos disponibles para satisfacer esas demandas, como producto de la reducción del ahorro interno y la aparición o consolidación, en algunos países, de procesos inflacionarios o rece-

sivos que erosionan seriamente la recaudación tributaria, principal base de sustentación de las políticas sociales. Diversas fueron las tentativas de los países afectados por estos procesos para dar solución a sus problemas, sin embargo, en su inmensa mayoría las respuestas encontradas no fueron satisfactorias y después de una aparente mejoría inicial, el desorden de las economías nacionales superaba las condiciones originales.

Otro rasgo característico de la actual coyuntura de América Latina es la reaparición de procesos democráticos en numerosos países que hasta hace poco tiempo vivían bajo regímenes autoritarios.

Como reflejo directo de esta situación, puede percibirse un aumento en los niveles de participación de la sociedad civil, lo que impone a los sistemas de salud el desafío tanto de crear espacios donde esta participación pueda darse fructíferamente, como de revisar sus formas organizacionales y de decisión, para que adquieran las características de transparencia externa y participación interna.

En otro orden, y ya en el campo específico del sector salud, se observa el envejecimiento de las poblaciones; la endemidad adquirida por los males originados en el crecimiento desordenado de las grandes metrópolis como es el caso de las violencias, accidentes y daños originados en la contaminación ambiental; la reaparición de epidemias tales como dengue y malaria y su endemización en zonas y regiones donde ya se había erradicado; la creciente complejidad del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades degenerativas; la mortalidad infantil, que aunque en disminución, se mantiene relativamente alta en comparación con los países desarrollados. Todo lo cual lleva a replantear el perfil y las habilidades que deberá tener un sistema de salud que pretenda dar respuestas eficientes, eficaces y equitativas a las demandas mencionadas.

Resumiendo, puede decirse que el dilema para el sector salud consiste en cómo encaminar soluciones que den cuenta del aumento y diversificación de las demandas sociales para el sector, en momentos en que a la secular escasez de recursos sectoriales se suma una reducción absoluta y relativa del presupuesto de que dispone.

## **CONTEXTO DE LAS ESCUELAS DE SALUD PUBLICA**

Por contexto se entiende, en una primera aproximación, circunstancias externas al sistema de salud que pueden ser consideradas como condicionantes de su desarrollo, por lo menos en el corto plazo. Así, resulta imprescindible hacer explícita la visión particular que se tiene de tales condiciones, ya que ellas demarcan y concretan la viabilidad y factibilidad de las proposiciones políticas. Antes de entrar a detallar algunas de las principales características de las condiciones en que actúan las escuelas

de salud pública, es conveniente discutir algunos puntos de orden general que afectan el alcance y contenido de la descripción.

Una primera indagación que se debe hacer es si existe un objeto o espacio de trabajo que pueda ser englobado bajo el nombre de "Región de las Américas", y la segunda, si este objeto virtual tiene alguna utilidad para el desarrollo de las propuestas de intervención que procuran transformar los sistemas nacionales de salud.

La respuesta a la primera cuestión parece más que obvia: no existe, salvo desde el punto de vista geográfico, una Región de las Américas. La diversidad de culturas, condiciones económicas, regímenes políticos, historias y estructuras sociales, hacen que la Región se convierta en una abstracción de poca o ninguna utilidad al definir estrategias continentales.

Si se acepta esta premisa, no existe una Región de las Américas que pueda ser conceptualizada de manera útil para la acción. Resta proponer de qué manera puede compatibilizarse esa realidad con el ámbito "ideal" de intervención de la OPS, ALAESP y ASPH.

La solución al problema deberá surgir de la aceptación de las diferencias y sus consecuencias de desarrollo desigual, para que a partir de la identificación de las mismas puedan establecerse las carencias relativas de cada realidad nacional en relación a su desarrollo, así como cuáles son las capacidades que el país está en condiciones de intercambiar con aquellos que puedan suplir, directa o indirectamente, sus necesidades.

Surge de lo expuesto que la red horizontal es la única respuesta válida al problema planteado, ya que es la única que considera el intercambio entre instituciones dotadas de autonomía relativa dentro de un proyecto nacional determinado. Ahora bien, si la red horizontal es la propuesta estratégicamente correcta, cabe preguntarse cuál es el papel reservado a la OPS, la ALAESP y la ASPH, pero este tema se desarrollará más adelante.

Si se considera ahora el problema del contexto: ¿cómo puede existir un contexto regional, si no existe una Región de las Américas? Existen por lo menos dos ordenes de fenómenos: los que por su nivel de generalidad y alto poder explicativo admiten la formulación de leyes o proposiciones de validez casi universal, y aquellos otros que corresponden a la conformación particular que adquiere la ley general cuando es aplicada, u observada, en un contexto determinado en el tiempo y en el espacio, dando origen a leyes particulares que expresan la transformación de lo general en lo particular. Estos dos órdenes de fenómenos permiten identificar dos tipos de espacios de intervención: el primero, correspondiente a las leyes generales, define el área de organizaciones tales como ALAESP, ASPH y OPS; el segundo, relacionado con el espacio de las leyes y fenómenos particulares, se refiere al área de intervención de las escuelas de salud pública.

## **EL OBJETO DE TRABAJO DE LAS ESCUELAS DE SALUD PÚBLICA Y PERSPECTIVAS PARA SU ANALISIS**

Dada la importancia que tiene la delimitación, o identificación, del objeto del saber y las prácticas de las escuelas de salud pública, es necesario dedicar razonables esfuerzos a esta actividad, aun sabiendo que la misma escapa, y en mucho, a los alcances de un documento de este tipo. Así, sin pretensiones de ser objetivos ni de dar la palabra final sobre el asunto, se trata de esbozar algunas consideraciones al respecto, como uno de los abordajes posibles para este tema.

Dentro de este orden y con las limitaciones ya apuntadas, es posible advertir que en la actual coyuntura existe en la mayor parte de las escuelas de salud pública de la América Latina y del Caribe, un alto grado de perplejidad en relación a cuál es el objeto de trabajo y reflexión, cuál la vocación de esas instituciones y, en consecuencia, cuál el tipo de práctica que deberán privilegiar.

Para procurar dar algunas respuestas al problema planteado es preciso remontarse hasta los comienzos de la década de los años 1960. En ese entonces pocas eran las dudas que asaltaban a las escuelas de salud pública; por lo contrario, casi todo era certeza.

Las escuelas habían incorporado un modelo en el que reinaba la epidemiología clásica, el dilema salud/enfermedad y los métodos cuantitativos. Estos abarcaban desde la propia epidemiología hasta la planificación, calcada en los moldes del proyecto "desarrollista" y en las proposiciones de la CEPAL.

Dentro de esta visión el subdesarrollo era tratado como una etapa del proceso de desarrollo, que podía ser resuelto a través de una inyección masiva de recursos para inversiones, de modo de permitir el "take-off" de esas economías. Para esta concepción, lo político y lo social no formaban parte del problema de salud. Cuando eran tratados se hacía de forma cuantitativa y como parámetros o insumos para el sistema; meros datos para caracterizar una situación dada.

Este planteamiento biologicista-racionalizador se agota junto con el fracaso de la alternativa desarrollista, sobreviviendo únicamente en aquellas instituciones que por alguna razón detuvieron su marcha en ese momento.

Con el fracaso de la propuesta desarrollista surgen dos grandes alternativas para la América Latina: los regímenes neo-populistas y los autoritario-burocráticos. Estos últimos son los que se van a consolidar a lo largo de la década de 1970. La repercusión de estos cambios en el área de la salud pública fue intensa. Los regímenes autoritarios efectuaron una verdadera "masacre intelectual" que afectó duramente a los representantes más avanzados del pensamiento sanitario, en especial a aquellos que comenzaban a incorporar lo político y lo social al quehacer de la salud.

Si por un lado el cierre de caminos promisorios tuvo como con-

secuencia el empobrecimiento institucional, la diáspora resultante permitió un intercambio de conocimientos y experiencias entre los científicos latinoamericanos en el campo de la salud pública, que no registraba antecedentes en el pasado próximo.

Simultáneamente, en el interior de algunos ámbitos académicos comenzó a desarrollarse una visión del proceso de salud que al incorporar saberes y prácticas de las ciencias sociales, obligó a repensar el objeto de la salud pública. El reconocimiento de la historicidad del proceso y del peso de la determinación social, resultó en importantes aportes conceptuales dentro de una perspectiva social-transformadora.

El significativo avance conseguido con el replanteo tanto del concepto del proceso salud-enfermedad, como por la incorporación del componente social al terreno de las acciones de salud, se vio reducido en su impacto por otro aspecto resultante de la política de los regímenes autoritarios: la casi imposibilidad de ejercer en la práctica el pensamiento innovador. El producto de todo este complejo proceso fue una excesiva ideologización, sin una contrapartida práctica.

Las formulaciones de SPT/2000, realizadas al final de la década de 1970, introducen un problema complejo en el seno de las propias escuelas de salud pública. Un consenso supranacional estableció directrices éticas para la obtención de niveles adecuados de salud para la población mundial y definió la estrategia de atención primaria. A esta propuesta básica se añadió como condición que el proceso de transformación esté caracterizado por eficiencia, eficacia, equidad y participación.

A poco menos de 12 años de la meta SPT/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 secuelas.

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 1970.

El reconocimiento de esas limitaciones de las escuelas, en especial en la formación de administradores de salud, llevó al desarrollo del concepto de "liderazgo institucional", procurando elevar el número y la capacidad gerencial de ese tipo de profesional. Puede caracterizarse en el campo de servicios, además del liderazgo institucional, el que podría ser llamado "liderazgo sectorial", que involucra no solo la capacidad gerencial sino también el dominio de la epidemiología y del poder de interpretación del contexto social y sus determinaciones sobre la salud, dado por los conocimientos originados en la sociología, las ciencias políticas y la economía, entre otros campos del saber.

El cambio exigido por la realidad, impone a las escuelas la ineludible e impostergable obligación de pensar creativa y audazmente sobre cuál es su misión y su objeto de trabajo, innovando según sea necesario para impactar eficazmente el sistema nacional de salud. Para esto es preciso:

- Detallar el sistema de salud deseado, que dando cuenta de las directrices acordadas a nivel del consenso internacional, respete las aspiraciones de la sociedad en la que cada escuela está inserta.
- Identificar para cada nivel del nuevo sistema la tecnología correspondiente.
- Determinar los conocimientos y habilidades diferenciales que deberán tener los profesionales que se desempeñen en cada uno de los niveles del sistema propuesto.

Para que esta enorme tarea pueda ser realizada con alguna probabilidad de éxito, es necesario que la formulación del nuevo sistema sea hecha en forma mancomunada entre las instituciones académicas y de servicio. Este hermanarse de las escuelas con los servicios deberá tener como consecuencia la creación de nuevos estilos y áreas de atención y práctica que retroalimenten la formulación de la propuesta innovadora.

## **PROPUESTAS DE LAS SEIS REUNIONES REALIZADAS**

### ***1. Análisis de políticas públicas en el contexto de salud y desarrollo***

Como consecuencia de la crisis económica y la pobreza generalizada en la mayor parte de los países de la América Latina y el Caribe, los procesos de formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas se

dan en un contexto profundamente crítico, con serias restricciones financieras y un gasto social cada vez menor.

Existe una crisis de las concepciones tradicionales sobre el Estado y su papel, en conjunción con la crisis de las políticas de bienestar social. Dentro de este enfoque resulta necesario discutir cuál es el papel del Estado, lo que va más allá del límite de la discusión de la intervención pública. En particular en aquellos países de la América Latina y el Caribe donde los regímenes autoritarios dieron lugar a regímenes electos por el voto popular, y en los que se está viabilizando un proceso de democratización de la sociedad, el Estado se transforma en un espacio donde se expresan los conflictos sociales, de clase, de fragmentos y segmentos sociales y es, por lo tanto, arena de debate, de negociación, de disputa y de acuerdos.

Dentro de esta visión, se les plantea a los gobiernos las cuestiones de la gobernabilidad del sistema social y de la legitimidad de sus mandatos.

Cada Estado, o mejor dicho, cada gobierno elige un determinado estilo de desarrollo para la sociedad que administra, y esta elección implica diferentes grados de priorización de los sectores sociales dentro del proyecto nacional específico.

La profunda crisis por la que pasa la noción del “Estado benefactor” —independientemente de que este tipo de Estado rara vez, o nunca, haya llegado a ser estructurado en América Latina— conduce a una desvaloración relativa de las políticas sociales del gobierno, en especial de las políticas de salud, que son muchas veces contradictorias y fragmentarias, con efectos negativos sobre la población como un todo y, en especial, sobre los segmentos más carentes de esas poblaciones.

Estas características que están asumiendo hoy las políticas públicas y las políticas de salud, obligan al sistema de salud a replantear las concepciones sobre la forma de atención, en particular sobre las nociones de cobertura y sobre la integración y composición de la tecnología utilizada en dicho sistema.

En este sentido es fundamental la participación colectiva social. Debe ser destacado que las formas y estrategias de participación social difieren según la configuración, valores, dinámicas internas e ideologías, ya sea del gobierno, ya sea de los actores o fuerzas sociales envueltos en el proceso.

De lo expuesto se hace evidente la necesidad de analizar los aspectos conceptuales y metodológicos relacionados con los procesos de formulación, ejecución y evaluación de las políticas de salud en cuanto a las políticas públicas. Surgen así tres grandes campos de análisis relacionados con la asesoría prestada a los gobiernos por parte de organismos multinacionales; la redistribución del gasto público, y la elaboración de los marcos teóricos y sus correspondientes desarrollos instrumentales. Estos tres

planos deben ser articulados de modo de potenciarlos y permitir la acumulación de conocimientos y de propuestas de solución.

En lo que se relaciona específicamente con el análisis de políticas de salud, pueden distinguirse dos grandes tendencias:

- Estudios explicativos del proceso que llevó a la adopción de una política dada.
- Estudios evaluativos de impacto.

La primera tendencia se caracteriza por visualizar al Estado como un escenario pasivo en el cual se resuelven las demandas de los distintos grupos sociales. En el segundo caso, en cambio, hay relación entre la política y la población a la que se aplicará la misma.

Respecto al análisis político, debe salir de su marco puramente empírico y situarse en el terreno de las teorías de dos disciplinas: la sociología y la ciencia política.

Decisiones políticas referidas a inversiones tienen consecuencias sobre el estado de salud de la población. Es posible relacionar con alguna precisión contribuciones sectoriales en términos monetarios y cambios en patrones de mortalidad.

Pero no solo lo económico es determinante. Se reconoce la autonomía de la lucha política y el peso de ideologías y valores.

La concepción del fenómeno salud-enfermedad hace perentoria e ineludible la articulación intersectorial para resolver los problemas de salud.

Se destaca la importancia de las dimensiones intersectoriales de la salud y la necesidad de encarar desarrollos conceptuales y metodológicos para lograr una mayor comprensión de las relaciones entre salud y desarrollo; integrar objetivos, estrategias, actividades y recursos, y poder disponer de instrumentos para programar en forma integral las actividades intersectoriales.

En el análisis de las experiencias pasadas, se destacan los intentos de lograr una articulación intersectorial en proyectos de nivel local, la formalización de acuerdos intersectoriales, la participación del sector salud en programas de desarrollo rural integrado y en grandes proyectos de desarrollo regional. La experiencia ganada ha permitido demostrar que quizás lo más importante es el desarrollo del poder de negociación de las instituciones líderes del sector salud.

Se puede desarrollar ese poder a través de la demostración de eficacia y eficiencia de las instituciones ganando espacio político dentro de los proyectos nacionales. Asimismo, se debe desarrollar la capacidad de negociación a través de nuevas estrategias en la resolución de problemas donde se identifique, defina y explique la demanda del sector a otros sectores.

Finalmente, los ministerios deben desarrollar la capacidad de denuncia social de las causas de los problemas de salud.

## 2. *Sistemas nacionales de información y desarrollo de la epidemiología*

En los últimos años, los países han realizado esfuerzos por desarrollar una práctica epidemiológica integral en los servicios de salud y la OPS ha reorientado sus estrategias de cooperación con el fin de contribuir a este esfuerzo.

Los estudios realizados en algunos países demuestran que la práctica epidemiológica aún dista mucho de los objetivos acordados en el seminario sobre usos y perspectivas de la epidemiología, realizado en Buenos Aires en 1983, con la participación de epidemiólogos, planificadores y administradores de salud de la Región. Sin embargo, en casi todos los países se están realizando esfuerzos de transformación que han producido cambios significativos. Existe una conciencia creciente sobre la relevancia de la epidemiología para el desarrollo y transformación de los servicios y la necesidad de continuar actualizando la formación en este campo.

La investigación científica se ha limitado al contexto universitario y de institutos especializados, con participación casi nula de los servicios de salud. La carencia de políticas nacionales de investigación y la distorsión de las prioridades a veces responden más al interés de las agencias financiadoras que a las realidades de salud nacionales.

La situación descrita tiene estrecha relación con las deficiencias de la capacitación en epidemiología, tanto por la escasez de personal adiestrado como por la disociación entre los requisitos de la práctica y el contenido de la enseñanza, producto en parte de la poca interrelación ya mencionada.

A todo lo anterior se suman las limitaciones de los actuales sistemas de información y documentación, que dificultan tanto la capacitación como las investigaciones y que entorpecen el desarrollo general de la epidemiología, en particular de la docencia.

Es en ese escenario donde se inscriben los cuatro grandes grupos de actividades de la práctica epidemiológica en los servicios:

- Estudios de situación de salud en diferentes grupos de población, sus determinantes y sus tendencias.
- Vigilancia epidemiológica de enfermedades y otros problemas de salud.
- Investigación causal y explicativa sobre problemas prioritarios de salud.
- Evaluación del impacto en salud de los servicios y otras acciones sobre las personas, medio ambiente y condiciones de vida, y evaluación de tecnología en función de su seguridad y eficacia.

El desarrollo de estas áreas ha sido desigual. Los estudios de situación de salud han quedado frecuentemente limitados a diagnósticos

de salud de carácter descriptivo, con poco desarrollo conceptual y metodológico para comprender y explicar las relaciones entre el perfil de salud-enfermedad de diferentes grupos de población y sus condiciones de vida y de trabajo. Han tenido, además, poco impacto en los procesos de planificación y transformación de las acciones multisectoriales y de los servicios en función de modificar la situación de salud y lograr mayor eficacia, eficiencia y equidad.

En varios países la vigilancia epidemiológica se ha reducido a la recopilación rutinaria de información sobre un grupo de enfermedades, generalmente poco útil para las decisiones cotidianas de las acciones y programas de control.

En muchos casos las investigaciones se han restringido a la utilización de las potentes técnicas cuantitativas de que dispone la epidemiología contemporánea para medir la asociación entre uno o varios factores de riesgo y una enfermedad, solo para evaluar problemas e hipótesis surgidos de la visión clínica individual de los problemas de salud. No se ha realizado un esfuerzo para desarrollar un pensamiento causal epidemiológico sobre el estado actual del conocimiento científico general —en particular de las ciencias biológicas y sociales— en la conformación de un sólido marco conceptual y en la definición de problemas e hipótesis sobre problemas de salud de diferentes grupos sociales. La evaluación ha tenido escaso desarrollo y continúan predominando en el seno de los servicios las evaluaciones exclusivamente administrativas sin un conocimiento del impacto real de las acciones y las tecnologías empleadas.

Las características de la situación y los servicios de salud plantean serios retos a la enseñanza de la epidemiología. Se hace necesario un esfuerzo de integración conceptual y metodológica de los aportes de las ciencias sociales y biológicas. El desarrollo de la epidemiología ha estado siempre vinculado a los cambios sociales y al tipo de exigencias que de ellos se derivan; por otra parte, esta disciplina tiene tradicionalmente una marcada vocación de influenciar las acciones y servicios de salud, traduciendo el desarrollo general de las ciencias y las corrientes de pensamiento predominantes en relación a los procesos de salud-enfermedad.

### ***3. Economía y financiamiento de la salud***

Es innegable, a la luz de los argumentos desarrollados al comienzo de este trabajo, que uno de los enfoques a las demandas planteadas al sector salud como consecuencia de la crisis económica que afecta a los países de América Latina y el Caribe, es el avanzar en el entendimiento de las múltiples y complejas interrelaciones y articulaciones que existen entre economía y salud.

Una de las dificultades que se encuentran para integrar el análisis económico a la realidad de los sistemas nacionales de salud, es la exis-

tencia de dos corrientes de pensamiento, divergentes en cuanto al entendimiento de la finalidad sectorial. Por un lado se tiene el enfoque que destaca la rentabilidad (el lucro) como motivación central para el desarrollo de los servicios de salud, y por otro lado la corriente que sostiene que siendo la salud un derecho de ciudadanía, cabe al Estado garantizar la efectividad de los servicios de salud, en forma universal y equitativa y de manera que la relación costo-beneficio (en sentido económico restringido) pueda ser observada.

Obviamente es preciso identificar con precisión cuál de las dos alternativas es la aceptada por la institución antes de proceder a esbozar la propuesta de trabajo, ya que la elección de una u otra alternativa implica diferencias en la identificación de problemas y métodos de análisis, intervención y evaluación.

Es posible extraer de los enfoques mencionados una segunda consecuencia, y es que existen diferencias estructurales sustantivas entre los subsectores público y privado, lo que obliga a tomar en consideración sus lógicas particulares cuando son propuestas acciones o políticas para el sistema nacional de servicios de salud. Es preciso analizar el tipo de interacción y las leyes que lo rigen, así como también el proceso histórico que conduce a la particular forma de hegemonía que se manifiesta en una coyuntura determinada. Esto define una articulación entre lo económico y lo político, que lleva a la interdisciplinariedad.

Por otra parte, el reconocimiento de que el instrumental del análisis macro y microeconómico es potente, no debe conducir a un sesgo que viene observándose en el área de la salud pública: el reemplazo de un marco teórico propio, por paradigmas y teorías provenientes de otros enfoques, con la consecuente distorsión de la visión sectorial. El entendimiento de que diversas ramas y disciplinas del conocimiento tienen importantes contribuciones, no sustituye el desafío principal de constituir un eje específico de la salud pública en el cual puedan ser insertados, de modo acumulativo y potenciador, los diferentes aportes.

El desarrollo previsible para la investigación y la acción, y que avanza en relación a la situación actual, está dado por la búsqueda de la construcción de un nexo entre el conocimiento económico y el específico de salud. Para esto es necesario identificar los diversos niveles y objetos de análisis para aplicar a cada uno de ellos el método más conveniente. Por ejemplo, ciertas categorías, como la equidad o la cobertura, podrían ser mejor abordadas mediante procedimientos macroeconómicos, mientras cuestiones como la eficiencia admiten una aproximación microeconómica.

Es preciso destacar que los diferentes análisis deberán, tanto cuanto sea posible, partir de hechos concretos de una realidad nacional dada.

Hay que enfatizar también que el abordaje económico no

puede pasar por alto el hecho que el sector salud es un sector social al que, como tal, le caben responsabilidades indelegables, que constituyen su principal razón de ser. La escasez de los recursos, las restricciones financieras, la necesidad de la eficiencia, son todos conceptos útiles pero que deben ser, necesariamente, complementados con una visión social más abarcadora. El análisis costo-beneficio, que puede ser utilizado para la evaluación intrasectorial, aplicado con un falso purismo técnico puede llegar a justificar la canalización de recursos hacia otras áreas de la producción, aun cuando esto tenga menos significado desde el punto de vista de la equidad, ya que esta presenta problemas de valoración que no pueden ser tratados solamente por procedimientos cuantitativos.

Todo lo señalado pone de relieve, en definitiva, el problema del Estado, los grupos de poder, la toma de decisiones, la asignación de prioridades y la necesidad de integrar el análisis económico a la visión sociopolítica comprometida con la construcción de sociedades más justas y equitativas, en donde los seres humanos consigan su plena realización.

#### **4. Recursos humanos en salud**

Hoy en día es preciso que las políticas de recursos humanos en salud, como cualquier otro tipo de política pública, den cuenta de las nuevas características asumidas por el contexto sociopolítico de América Latina, especialmente como producto de los procesos de redemocratización de la sociedad y de la recesión económica.

Por un lado, la redemocratización coloca nuevamente en escena a una serie de actores que habían desaparecido o cuya importancia había disminuido durante los recientes gobiernos autoritarios:

- Los sindicatos y órganos de asociación de profesionales de salud.
- Los sindicatos de trabajadores, con sus demandas específicas en relación a la salud y a las condiciones de vida.
- Los partidos políticos y otras entidades de la sociedad civil, que tienen programas o propuestas para la reorganización de los sistemas nacionales de salud.

La crisis económica, por otra parte, introduce algunos elementos limitantes de la capacidad del Estado para responder en forma totalmente satisfactoria a esos grupos sociales. El desempleo de médicos y de otros profesionales se ha convertido en un fenómeno palpable.

En esta situación, adquiere características dramáticas el divorcio existente entre el modelo de formación de personal y la realidad del mercado de trabajo, tal como existe y tal como debería existir dentro de una política de salud. La formación se aparta cada vez más no solo del ideal, sino también de lo real.



Las instituciones académicas son importantes como fuente de liderazgo del proceso de transformación del sistema nacional de salud, pero se debe reconocer que ellas, como un todo, se mantienen muchas veces al margen de ese proceso y en sí no aseguran transformaciones substanciales. La “conciencia sanitaria” que se requiere para que eso ocurra a escala nacional no es un producto directo de las academias, pero la universidad parece ser decisiva en la construcción de una base de conocimientos y principios que posteriormente pueda ser propagada a la sociedad como un todo y penetrar en el propio aparato del Estado.

Una vertiente a ser explorada, en el sentido de construir esa base, es la fusión de las corrientes de la medicina social con la de salud pública, reformulando sus respectivos objetos de trabajo y creando un campo interdisciplinario común, en donde se incluyen, entre otros conocimientos, las ciencias sociales, la epidemiología y la planificación.

La oferta de médicos y otros profesionales del área de salud tuvo una notable expansión, relacionada con la enseñanza universitaria en masa ocurrida en la década de los años 1960, como producto de una coyuntura favorable de desarrollo económico.

En el contexto de recesión que se reconoció a comienzos de la presente década, pero que venía presentándose en forma subrepticia desde 1974, la gran oferta de esos profesionales pasa a considerarse como un problema y en muchos casos se ha diagnosticado que hay un superavit de médicos y de personal de otras categorías. Sin embargo, la interpretación de esa nueva situación, por medio de índices y de esquemas de análisis más imparciales presenta grandes problemas. Dadas las visibles deficiencias de la asistencia prestada a la población cubierta y la necesidad de ampliar aún más la cobertura para un sinnúmero de grupos urbanos y rurales, el hablar de exceso de profesionales considerando apenas el aspecto de oferta y demanda en la actual coyuntura es algo, como mínimo, polémico. El asunto, en el fondo, es de naturaleza política.

En muchos países, la problemática de los recursos humanos en salud, con sus numerosos aspectos relacionados con la política, la planificación y la utilización —incluidos bajo este título no muy adecuado los asuntos relativos al mercado del trabajo— aún no constituye un objeto específico de docencia e investigación. De hecho, no se puede esperar que esos temas se conviertan en una disciplina específica, sino que tal vez puedan adquirir una mayor unidad, delimitándose como campo de indagación pertinente para quien enseña o investiga en el campo de la salud pública y la medicina social.

Es preciso conferir a esa temática una “dignidad epistemológica”, por medio del establecimiento de una estructura conceptual amplia que incorpore el instrumental de las ciencias sociales. Lo que ha ocurrido frecuentemente es la dicotomía entre estudios de recursos humanos en salud con rasgos contrastantes: algunos meramente empíricos, en los que se

emplean indicadores de distribución de profesionales y se describen tendencias simples, y otros con ambiciosas formulaciones teóricas pero carentes de datos y análisis de tendencia de la formación y del mercado de trabajo. El desafío consiste en proseguir el análisis de este último introduciendo nuevos factores determinantes, tales como la organización político-corporativa de los profesionales, sin perder de vista lo que pasa con el proceso de formación.

##### **5. *El proceso de desarrollo tecnológico en salud***

En las últimas décadas hemos asistido a un fenómeno de transformación en el campo de la tecnología médica. El crecimiento, tanto en número como en sofisticación de los dispositivos de uso médico produjo un impacto trascendente en diversas áreas. En el área económica, con nuevas relaciones de producción, de comercialización, de innovación. En el área de salud, con cambios en las modalidades de atención médica, en la administración de servicios de salud, en la actualización y formación de recursos humanos, etc. Asimismo se pueden observar transformaciones en los procesos culturales y sociales.

En los países latinoamericanos, que presentan grandes contradicciones internas y profundos problemas sociales sin resolver, esta irrupción de nuevas tecnologías médicas es aún más aguda y crítica.

Los estados nacionales no han asumido, en general, un papel protagónico como responsables de la definición y administración de una política nacional que regule el proceso de desarrollo tecnológico.

La intervención de las autoridades gubernamentales es imprescindible e impostergable, dado que, por las características de este sector los intereses de productores, médicos y consumidores tienden a incrementar el uso de equipos médicos, sin que necesariamente esto se traduzca en una mejor atención de los problemas de salud. La oposición de intereses sectoriales, que en otras áreas contribuye a neutralizar efectos indeseados, no se verifica de la misma manera en este campo.

La política tecnológica necesaria para los países debe orientarse hacia el logro de una suficiente capacidad tecnológica autónoma, respetuosa de los valores culturales existentes y que sirva a las necesidades básicas de la población. La coordinación de las decisiones de las distintas áreas de gobierno es otra condición indispensable para el éxito de las acciones a ejecutar. El papel del Estado debe ser el de regular, entendiéndose como tal una función promocional y global y no solo de fiscalización y control.

El mercado de los dispositivos médicos es de naturaleza imperfecta. En este tipo de productos, los consumidores finales no están en condiciones de evaluar la calidad de los mismos. Los responsables de las indicaciones, o sea los médicos, no son los que pagan por las prestaciones, y los que pagan no las controlan. Cabe destacar, además, que se trata de

productos insustituibles, de rápida obsolescencia y con un mecanismo de fijación de precios que no responde al juego de oferta y demanda. Es creciente el peso que en los costos de atención médica tienen los dispositivos médicos. Esto es motivo de preocupación de administradores públicos y privados, dado que se trata de un mercado con recursos limitados.

La evaluación de los dispositivos médicos es también compleja, pues tiene distintas formas de medición, seguridad, eficacia y costo-beneficio. La primera es una medida de riesgo; la segunda está referida a los resultados en el uso de los mismos, y la tercera es una cuantificación económica que relaciona el costo del uso con el costo del beneficio que dicho uso implica.

El proceso de desarrollo tecnológico ofrece varias dimensiones y por lo tanto distintas vías de abordaje para su estudio. Tanto los aspectos éticos, legales y médicos, como la formación de los recursos humanos requieren de la discusión y participación de los diversos actores involucrados en dicho proceso.

Respecto al papel de las escuelas de salud pública se propone que este se defina en cada contexto, con la participación de grupos multidisciplinarios, bajo la forma de cooperación entre instituciones académicas y de servicio. También se espera que las escuelas tengan un papel importante en algunos aspectos de la investigación, tales como la identificación y divulgación de problemas, y la elaboración de propuestas y soluciones para los mismos. Para el logro de estos fines es imprescindible el diálogo con los niveles decisorios de cada sistema social.

A fin de avanzar en acciones concretas se propone lo siguiente:

- Evaluar internamente en cada institución docente la necesidad y las posibilidades de incorporar el tema dentro de sus programas, comunicando la decisión a otros organismos que trabajan en el área.
- Iniciar un trabajo horizontal reuniendo a docentes de distintas disciplinas para su motivación y captación de aportes.
- Establecer una vinculación efectiva con las instituciones nacionales a cuyo cargo está la regulación, incorporación y utilización de las diversas tecnologías para el sector salud.
- Solicitar a organismos de carácter internacional, el apoyo de consultores reconocidos para colaborar en la puesta en marcha de los programas.
- Propiciar reuniones de personal que trabaja en el área, con el apoyo financiero de organismos internacionales.
- Producir y difundir documentación sobre el tema, lo cual podría lograrse contando con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud.
- Obtener apoyo financiero para el despegue del programa, ya que se cuenta con los recursos propios de cada institución.

Por otra parte, se consideró de importancia en la medida en que avance la decisión e implantación de los programas, la interconexión entre dos o tres instituciones, bajo el auspicio de la OPS, para la cooperación, intercambio o apoyo mutuos.

En reuniones anteriores se planteó la necesidad de construir una red destinada a lograr una coordinación sustantiva entre instituciones pertenecientes a ALAESP y a ASPH, con la cooperación de la OPS, lo cual resultaría de gran utilidad para las acciones que las escuelas realicen sobre el tópico.

## **6. *Sistemas de servicios de salud***

La presente crisis económica constituye el aspecto que más se destaca en el contexto de América Latina, por sus alcances estructurales y por su duración. A esto se unen otros fenómenos, tales como el de la urbanización, la marginalización, el envejecimiento de la población, las crecientes expectativas de esta y los procesos de democratización, con un incremento de la complejidad y profundas modificaciones del papel del Estado.

Los sistemas de servicios de salud, por su parte, han diversificado y complicado en forma creciente su capacidad de oferta, incorporando en forma permanente nuevas tecnologías de alto costo de adquisición de operación y de mantenimiento.

Esto ocurre en momentos en que por la situación de crisis previamente mencionada, se produce una disminución relativa cada vez mayor de la participación del gasto público en el financiamiento de los servicios.

Por otra parte, se hace evidente que los sistemas de salud resultan ineficientes debido principalmente a debilidades en los procesos de conducción y administración, lo que ha producido dudas sobre la capacidad de los ministerios para resolver los problemas de salud.

Dentro de este panorama complejo, los servicios de salud deben responder al desafío de extender la cobertura de servicios a toda la población, especialmente a los grupos más necesitados.

Se reconoce, además, que a la brevedad se deben hacer cambios acelerados para poder maximizar la equidad, la eficacia, la eficiencia y la participación social para afrontar los desafíos planteados por la meta SPT/2000 y sus estrategias.

Es en este escenario donde adquieren importancia ciertos temas críticos, tales como los aspectos de conducción y gerencia, la descentralización, la programación y administración local de los servicios y la participación social. Sin embargo, si se acepta que la misión, planes y programas de las instituciones tienen su expresión real y concreta en el punto directo de contacto con la población, la organización y funcionamiento de esos

servicios locales se convierten en aspectos críticos del proceso de atención de la salud. El fortalecimiento de la capacidad de operación de los servicios locales constituye una prioridad para la acción.

Los sistemas locales de salud (SILOS) constituyen una propuesta de división del trabajo dentro de los sistemas nacionales de salud con criterio geográfico-poblacional, en áreas urbanas o rurales, diseñada acorde a las necesidades de la población, las que son definidas en términos de daños y riesgos. El SILOS se responsabiliza de la articulación de los recursos existentes en un espacio geográfico delimitado, para lograr así su mejor utilización y adecuación a la realidad local, incluyendo el establecimiento de una relación de responsabilidades recíprocas con la población. Esta relación necesita manifestarse en todos los aspectos condicionantes de la salud individual y colectiva; en definición de políticas y prioridades; origen y distribución de recursos y actividades, y comportamiento individual y de grupos relevante al contexto de salud-enfermedad.

Se observó que el concepto de los SILOS varía de acuerdo con la realidad nacional a la cual se aplica. Se considera, sin embargo, que existen aspectos de tipo general que pueden ser válidos para la mayoría de los casos. De esta manera se aceptó que los SILOS son una propuesta de división de trabajo elaborada con criterios geográficos y de población, teniendo en cuenta las necesidades, los problemas de salud y los riesgos existentes. El sistema local de salud incluye todos los recursos existentes en un espacio determinado, sean estos públicos, de seguridad social o privados.

Se enfatizó que los SILOS son componentes y deben estar articulados con los sistemas nacionales de salud y al mismo tiempo son las bases organizativas de un sistema global, constituyéndose en los puntos para la programación local y los procesos de gestión de administración periférica. Los sistemas de referencia, contrarreferencia, asesoría y supervisión son procesos fundamentales para su interconexión con otros niveles, para poder dar así una adecuada y eficiente respuesta a las necesidades locales.

Se señaló que la descentralización y desconcentración favorecen el funcionamiento de los SILOS y que sí constituyen una propuesta de cambio en el uso y distribución del poder. Se indicó también que diversos países de la Región están desarrollando experiencias de procesos de descentralización y desconcentración del Estado en general y del sector salud en particular. De estas experiencias nacionales surge la necesidad de analizar ciertas áreas temáticas, tales como descentralización; aspectos políticos y administrativos; salud, desarrollo y relaciones intersectoriales; conducción del sector; articulación de las instituciones del sector salud; desarrollo de la capacidad de administración y gerencia de los servicios de salud; modalidades de prestación; programación local, enfoque de riesgo y sistemas de información; integración de los programas; financiamiento; participación comunitaria; desarrollo de recursos humanos e investigación.

Se hizo notar que la descentralización conlleva la necesidad que la población participe en la gestión de los servicios.

Es necesario realizar estudios descriptivos sobre descentralización en los países de la Región. Estos estudios necesitan describir los antecedentes históricos y el ímpetu para lograr el cambio dentro y fuera de los ministerios de salud y de los sistemas de salud, tanto en los niveles nacionales como en los locales.

En cada país se podrían constituir grupos de trabajo en los cuales estuvieran representadas las instituciones de enseñanza y los ministerios de salud e instituciones de seguridad social. Se podría apoyar a esos grupos de trabajo en el diseño y en las metodologías de investigación y en la evaluación y discusión de los resultados.

Además de los estudios descriptivos y evaluativos deberían promoverse estudios analíticos comparativos entre países, con el fin de entender cómo se desarrollan los procesos de descentralización y cambio, y su relación con distintas formas de organización y funcionamiento de los sistemas de servicios de salud, en distintos regímenes políticos de gobierno y estilos de desarrollo.

Se debería promover la organización de reuniones de carácter nacional o subregional con la participación de instituciones de enseñanza de salud pública y administración de salud, ministerios de salud, instituciones de seguridad social y otros grupos interesados, para discutir aspectos metodológicos y de diseño, así como líneas estratégicas de investigación en descentralización y fortalecimiento de los SILOS. A esas reuniones podrían asistir representantes de agencias de financiamiento a fin de que conozcan y se interesen en apoyar estos estudios.

Otras actividades específicas que pueden fortalecer la capacidad docente en salud pública y administración en salud, incluyen capacitación de personal de salud para el desempeño de nuevas funciones; capacitación del cuerpo docente a través de cursos, seminarios y talleres, con la participación de expertos en la materia; desarrollo de programas vespertinos y nocturnos con el fin de facilitar la asistencia de los profesionales que prestan servicios a programas de educación permanente, y desarrollo de programas de capacitación en servicio para los profesionales de salud. Dichas actividades docentes deberían incluir capacitación en algunas áreas consideradas críticas para la administración de servicios, tales como análisis de políticas públicas; planificación y administración estratégica; métodos y técnicas de predicción; métodos y técnicas de negociación; nuevos enfoques en economía y financiamiento de la salud; proceso tecnológico; legislación sanitaria, y nuevas dimensiones y usos de la epidemiología.

Se pueden apoyar estas actividades a través de reuniones para la revisión y desarrollo curricular y para la incorporación de nuevos métodos, técnicas y estrategias de enseñanza; visitas, intercambio y capacita-

ción específica de docentes, investigadores y alumnos, y elaboración de módulos y material docente para ser utilizados en programas de educación permanente para los funcionarios de los servicios de salud.

Asimismo, deben realizarse esfuerzos para aumentar la comunicación y colaboración entre las instituciones de enseñanza a través de la creación de redes interinstitucionales con capítulos en áreas temáticas de importancia. Se puede apoyar la formación y operación de estas redes y capítulos a través de la identificación de fuentes de financiamiento apoyando la movilización de recursos nacionales y promoviendo la publicación y diseminación de información.

### **PROPUESTA PARA LA CONFORMACION DE UNA RED INTERINSTITUCIONAL**

Como resultado de las seis reuniones realizadas surgió la propuesta de crear una Red Interinstitucional destinada a lograr una coordinación sustantiva de las instituciones pertenecientes a ALAESP y a ASPH, con la cooperación de la OPS. El propósito es fortalecer el desarrollo de la infraestructura de dichas instituciones, así como su capacidad docente, de investigación y de práctica. ALAESP, ASPH, y OPS conformarán el núcleo responsable de la coordinación, constituyéndose además en el Secretariado de la Red. Este Secretariado será el punto de contacto con otras instituciones de docencia, investigación y servicios, organismos del sistema de Naciones Unidas, fundaciones, y agencias multilaterales y bilaterales de crédito.

La Red se compondrá de capítulos y deberá formalizarse a través de un protocolo, carta de intención o el instrumento jurídico que se considere apropiado y al cual se adherirán ALAESP, ASPH y OPS.

A partir de la aceptación de esta propuesta, se deberá asignar a ALAESP, ASPH y OPS la responsabilidad de elaborar la estructura directiva y organizacional de la Red propuesta, así como la de sus capítulos, generando mecanismos que aseguren la continuidad de las actividades. Posteriormente, cada capítulo desarrollará su programa específico de actividades.

La estructura directiva y organizacional elaborada por el Secretariado, deberá asegurar la participación en cada capítulo de aquellas instituciones asociadas a ALAESP y ASPH que tengan interés en el área de conocimiento correspondiente a ese capítulo.

Se deberán además desarrollar mecanismos para lograr la movilización de recursos financieros necesarios, con el fin de apoyar las actividades de la Red y la de cada uno de sus capítulos. La movilización de recursos será un esfuerzo conjunto de los respectivos capítulos y de ALAESP, ASPH y OPS.

Los propósitos generales de la red son promover y desarrollar mecanismos y estrategias de cooperación en áreas específicas entre las escuelas de salud pública de América Latina y del Caribe y las de los Estados Unidos, con la coordinación y apoyo de ALAESP/ASPH/OPS.

Se pretende promover el desarrollo institucional de las escuelas de salud pública, fortaleciendo su capacidad para la docencia y la investigación, con el fin de alcanzar así el grado de excelencia técnica necesario para cumplir su cometido con el máximo de eficacia y eficiencia.

Al establecer posibles líneas de cooperación en el área específica correspondiente, se tendrán en cuenta los siguientes temas:

- a) *Fortalecimiento y desarrollo institucional*
  - Organización y administración de las instituciones docentes.
  - Desarrollo de los aspectos estructurales y funcionales.
  - Diseminación de la información y mecanismos y estrategias para el intercambio de información científico-técnica.
  - Desarrollo de unidades de producción y publicación de material científico-técnico para la docencia e investigación, equipos y tecnología.
  - Desarrollo y fortalecimiento de las relaciones entre las instituciones docentes y las de servicios.
- b) *Fortalecimiento de la capacidad docente*
  - Revisión y evaluación de contenidos curriculares.
  - Desarrollo de nuevos enfoques en tecnologías educativas.
  - Programas de educación permanente.
  - Desarrollo de estrategias no tradicionales para la formación y capacitación de personal, y programas de educación a distancia.
  - Programa para el desarrollo del personal docente.
  - Programa de intercambio interinstitucional de docentes y alumnos.
- c) *Fortalecimiento de la capacidad de investigación*
  - Desarrollo de programas para la capacitación de docentes en metodología de la investigación científica.
  - Desarrollo de programas para la capacitación docente en administración de investigaciones.
  - Desarrollo de investigaciones conjuntas interinstitucionales.
  - Mecanismos y estrategias para la publicación y diseminación de los resultados de las investigaciones.
  - Programa de intercambio de investigadores.

Sin perjuicio de las conclusiones a las que se arribaron, sería



útil intentar desarrollar una mecánica que permitiese poner en marcha la Red Interinstitucional en el menor plazo posible.

Primeramente se delimitará un objeto de conocimiento y práctica que permita instrumentar más adecuadamente la transformación de los sistemas nacionales de salud, en dirección de la meta SPT/2000. A efectos de centrar la presentación en lo esencial, se postula que el objeto deseado y sobre el cual es posible establecer mayor número de articulaciones entre el saber y la práctica innovadores, está constituido por los sistemas locales de salud (SILOS) y por las nociones, conceptos y desarrollos teóricos y prácticos que de ellos se derivan.

Una vez que se acepta que los objetos de reflexión y práctica son los SILOS, en la forma particular que adquieren al insertarse en una realidad regional o nacional determinada, el segundo paso consiste en identificar los diferentes ángulos desde los cuales los objetos pueden ser abordados, así como también cuál es la especificidad planteada por cada visión particular.

Los SILOS son, en esencia, los elementos nucleares de los sistemas regionales y nacionales de salud. El estudio de sus relaciones de determinación y de condicionamiento se remite al análisis de la estructura social en la que operan. Cuando se cambia la perspectiva de análisis y se pasa del plano general hacia el interior de los SILOS, la reflexión se desplaza hacia la comprensión de los procesos organizativos, técnicos y administrativos que se dan en ellos y hacia las formas particulares que adquieren sus relaciones con la población, con sus características específicas.

Resulta de lo expuesto, que los SILOS adquieren características diferentes según el ángulo desde el cual son analizados. Como consecuencia, surgen por lo menos tres grandes áreas de sistematización de los conocimientos y prácticas generadas por los SILOS, en función del grado de agregación y el poder discriminatorio de la visión seleccionada:

- a) La referida a la superestructura o suprasistema relacionados con los SILOS, que engloba los conocimientos producidos en relación al conjunto de determinaciones y condicionantes que producen, o inducen, una determinada configuración. Esta área es alimentada por las teorías, métodos y procedimientos de las ciencias sociales; apunta a la generación de conocimientos de gran poder explicativo y por ende de alto grado de abstracción; tiene bajo nivel de aplicabilidad para situaciones particulares, y, por el contrario, su desarrollo es fundamental para la definición de políticas viables y factibles.
- b) La que considerando al propio SILOS como una "caja negra", reúne las reflexiones y prácticas sobre sus relaciones y articulaciones con el conjunto de la estructura sectorial de salud. Se

agregan los trabajos relacionados con eficiencia, eficacia, impacto y participación. Esta área es alimentada por conocimientos específicos de la salud pública y de las ciencias biológicas, con apoyo de ciertos conocimientos de las ciencias sociales y algunos métodos, técnicas y procedimientos del área gerencial.

- c) La que alude a la reflexión sobre los subsistemas que componen los SILOS. Aquí se agrupan los estudios y prácticas de micro-intervención; estudios o acciones que tienen como propósito la resolución de problemas particulares y, por lo tanto, de bajo nivel de generalización. La acumulación de conocimientos en este espacio, al transformar cantidad en calidad, puede contribuir a colocar en discusión la propia lógica sectorial.

Otra manera de comprender las áreas de sistematización propuestas es en correspondencia con los tres niveles clásicos considerados por la administración: central, regional y local. Se trata de entender que esta división no es una simple clasificación administrativa, sino que por detrás de ella existen implicaciones que se reflejan en la organización del conocimiento y que, en especial, tienen relación con los paradigmas que deberán ser empleados.

Un esquema metodológico que permitiría ordenar la reflexión acerca de los contenidos disciplinarios a ser impartidos es el que considera las siguientes tres dimensiones:

- Instancias jerárquicas del sistema de salud: central, intermedia y local.
- Instancias académicas: investigación, formación y aplicación.
- Disciplinas o áreas de conocimiento: ciencias políticas, administración, economía, etc.

Siendo los SILOS el objeto y las escuelas el sujeto de reflexión, debe seleccionarse el proceso particular que interrelacionando objeto-sujeto, genere mayor potencial de cambio. Para esto se debe pensar, en la presente coyuntura, cuál de las tres áreas de actuación de las escuelas, investigación, docencia o práctica, adquiere mayor relevancia estratégica. En este sentido pareciera ser que lo más crítico es la reformulación del proceso formador, de modo que el mismo tenga condiciones de producir los "nuevos administradores" que la propuesta de los SILOS exige.

La programación de la formación de estos nuevos administradores impone que se dé especial relieve a los siguientes aspectos:

- Definir los diferentes perfiles requeridos de estos profesionales, según la instancia del sistema nacional de salud en la que van a desarrollar sus actividades.

- Identificar, en función del perfil establecido, disciplinas y contenidos específicos.
- Establecer las entidades académicas responsables por el proceso formador específico.

## EL PAPEL DE LA OPS

Para definir el papel que deberá desempeñar la OPS en la organización, consolidación y mantenimiento de la Red Interinstitucional, es preciso partir del entendimiento que la Organización es una “administradora de conocimientos”, función ejercida en una determinada coyuntura según una orientación que da la intencionalidad del proceso.

En relación a la coyuntura ya fueron expresadas algunas consideraciones, en función de las cuales puede concluirse brevemente que:

- a) La Región de las Américas está compuesta por un conjunto de países que no es lo suficientemente homogéneo, en relación a las bases políticas, económicas y sociales.
- b) Esta heterogeneidad obliga a considerar la constitución de la red a partir de la integración en subredes o subsistemas de aquellas instituciones que presentan un mayor grado de afinidad en relación a sus propuestas.
- c) La coyuntura económica de la mayor parte de los países que integran la Región evidencia la existencia de graves crisis económicas. Esto es consecuencia directa de la pesada carga impuesta por la deuda externa y de las políticas económicas encaminadas a resolver, o paliar, ese problema. Estas políticas adoptarán, en general, formas recesivas con fuerte impacto sobre el mercado de trabajo, vía congelamiento de salarios y reducción de empleos, así como con la discriminación o contención de gastos de los gobiernos, en especial en las áreas sociales.

En el campo específico de las escuelas, se suma a este panorama una acentuada crisis de identidad marcada por una búsqueda intensa, y no siempre exitosa, de nuevos caminos.

Este resumen describe brevemente los lineamientos generales del proceso para lograr la meta SPT/2000, principal objetivo de los países y hacia el cual deben orientarse las acciones de la OPS.

Así, existen tres grandes dimensiones que deben ser consideradas para determinar las directrices a seguir a fin de organizar y poner en marcha la Red: la meta SPT/2000, la función o misión de la OPS y la coyuntura en la cual se desarrolla el proceso.

En relación con la misión de la OPS es preciso concebirla en su sentido más amplio, es decir, cabe a la OPS planificar, organizar, condu-

cir, coordinar y evaluar la producción, disseminación y aplicación de conocimientos dirigidos a alcanzar la meta SPT/2000, y en general a la mejoría de las condiciones de salud de la Región.

En tanto que las escuelas deben trabajar con una realidad nacional a ser conocida y transformada, los objetos de reflexión y análisis de la OPS son las escuelas en sí mismas, consideradas como instrumentos de elaboración de conocimiento y prácticas, insertas en el contexto de la propuesta SPT/2000 y de cada uno de los países de la Región. De la comprensión de la diversidad de estos propósitos emerge la caracterización del papel de la OPS.

La OPS no puede interferir en el campo de producción de conocimiento de las escuelas; su esfuerzo debe estar dirigido a la generación de conocimientos que permitan potenciar, facilitar, incentivar, fomentar y reproducir lo elaborado en ellas, sin superponerse. En este sentido, uno de los papeles que le cabe desempeñar es el de catalizadora de formas secundarias de organización, tal como la Red en discusión, que permitan el intercambio de conocimientos entre escuelas y la constitución de subredes complementarias entre aquellas instituciones docentes que presenten mayor grado de afinidad.

En relación a esto, en una primera etapa el objetivo fundamental a ser alcanzado es el establecimiento de la Red, entendida esta como una estructura de comunicaciones entre las propias instituciones, con una coordinación central de índole administrativa y gerencial. O sea, dado que la Red es horizontal, por naturaleza y convicción de sus miembros potenciales, el papel de la OPS, conjuntamente con la ALAESP y ASPH, es el de generar y establecer los mecanismos e instrumentos necesarios para materializar dicha Red.

Además de la actividad de fomento en la creación de la Red, la OPS, ALAESP y ASPH deberán desarrollar acciones destinadas a garantizar el impulso inicial necesario. En otras palabras, la organización de la Red implica, para poder aumentar sus posibilidades de éxito, la acumulación inicial de los conocimientos de sus miembros y el desarrollo de una cierta base material de infraestructura, especialmente en las áreas de informática y comunicación, en donde la función de la OPS resalta con nitidez como fundamental.

Avanzando aun más en las funciones de la OPS en relación a la Red, cabrá a esta someter al conjunto de los miembros potenciales el esquema básico de valores y concepciones sobre los cuales se constituirá. Como punto de partida se entiende que los valores establecidos son los de equidad, eficiencia, eficacia y participación; en tanto que la base organizacional deseada para los sistemas nacionales de salud es su estructuración a partir de los SILOS.

Tomando como orientación básica la que surge de la confluencia de los valores establecidos y de la propuesta organizacional, corres-

ponde asimismo a la OPS, ALAESP y ASPH reelaborar las sugerencias e indicaciones originadas en los seis talleres realizados para producir un documento conceptual articulado que posibilite desenvolver el proyecto de estructuración e implementación de la Red.

En este sentido corresponde a la OPS, ALAESP y ASPH actuar en una primera etapa en el campo de la conducción estratégica, viabilizando los recursos necesarios para el despegue del proyecto y fortaleciendo los mecanismos que permitan la difusión de información entre los miembros potenciales de la Red.

## **OPCIONES PARA LA REFORMULACION CURRICULAR**

Quedó establecido en las páginas anteriores que para elevar la capacidad, eficiencia y eficacia de los administradores de salud es menester considerar, entre otros aspectos, el referido al eje temático, es decir aquel que orienta la sistematización de los temas prioritarios en torno a los cuales se deben centrar las actividades docentes y de investigación.

Tal sistematización refuerza los esfuerzos de formación y capacitación de los administradores en las áreas más estratégicas, con el objetivo primordial de contribuir a la transformación de los sistemas nacionales de salud.

Dicha transformación presupone el desarrollo de la infraestructura de los servicios locales de salud, con énfasis en la atención primaria; la atención prioritaria a los problemas de salud presentes en los grupos humanos vulnerables y el desarrollo de mecanismos flexibles de investigación científica y tecnológica para generar instrumentos metodológicos que refuercen los conceptos de equidad, cobertura, eficacia y participación social.

Como antes se indicó, tradicionalmente se identifica en los sistemas nacionales de salud tres instancias jerárquicas: a) central, b) intermedia y c) local, las cuales demandan administradores de salud con características distintas según la instancia en la que vayan a actuar. Por lo dicho, es necesario definir perfiles diferenciados de administradores, para poder responder con efectividad a los requerimientos de las instancias señaladas.

Esa definición deberá ser elaborada durante el proceso de revisión curricular enfrentado por las escuelas de salud pública.

Se ha considerado por ahora que para fines de la producción del nuevo administrador, la alternativa que adquiere mayor relevancia estratégica es la que consiste en la reformulación del proceso formador; en esta perspectiva se inscribe la propuesta de considerar las áreas de conocimiento que fueron tema de las seis reuniones realizadas, como base para la elaboración del nuevo currículo:

- Análisis de políticas públicas en el contexto de salud y desarrollo.
- Sistemas nacionales de información y desarrollo de la epidemiología.
- Economía y financiamiento de la salud.
- Recursos humanos en salud.
- El proceso de desarrollo tecnológico en salud.
- Sistemas de servicios de salud.

Cada una de estas áreas involucra un conjunto de temas que pueden constituirse sea en unidades programáticas, sea en objetos de estudio.

En las páginas siguientes se hará un esfuerzo por sistematizar el enunciado de dichos temas según correspondan a cada área de conocimiento específico.

Cabe destacar que el proceso de sistematización exige ubicar determinado objeto de estudio en una de las áreas; el proceder así no presupone desconocer el grado de interrelación que existe entre las seis áreas antes mencionadas y por lo tanto no excluye la consideración de ciertos conjuntos temáticos desde el punto de vista de distintas áreas de conocimiento: política, económica, tecnológica, de servicios de salud, etc.

Al revisar los temas sugeridos se destaca un aspecto que es quizá común a una buena parte de ellos: representan “problemas” que por un lado exigirían un abordaje interdisciplinario y por otro permitirían abrir un espacio para la eventual aplicación de la metodología del análisis prospectivo<sup>2</sup> en la planificación curricular.

Desde esta perspectiva, el hecho de asumir y expresar los temas como problemas, conduciría al examen de los factores que los explican o determinan. Siendo así, las unidades programáticas del objeto de estudio ya no estarían dadas estrictamente por los problemas, sino —y quizá primordialmente— por los factores explicativos. En este sentido hay que considerar que la metodología de análisis prospectivo presupone la aplicación de un conjunto de métodos y medios que se emplean para investigar, formular, fundamentar y adoptar decisiones en los sistemas sociales y, en consecuencia, la eventual decisión de las escuelas de salud pública de participar en el desarrollo de determinado patrón educativo en el futuro, con un sentido prospectivo. Esto demanda no solamente tomar una decisión metodológica, sino asumir posiciones valorativas en torno a enunciados y conceptos básicos pertinentes al proceso de cambio. Presupone igualmente replantear el curso del proceso educacional, abandonando la planificación curricular tradicional basada en la evaluación de la experiencia

---

<sup>2</sup> Presentada en *Educación Médica y Salud*, Vol. 22, No. 3, 1988.

acumulada, en beneficio de una alternativa de planificación en función de objetivos sociales deseados, ajustados a un escenario prospectivo específico para cada realidad concreta.

La innovación consiste pues, en no limitar el análisis a los problemas técnico-pedagógicos o al diseño curricular estrictamente, sino en considerar el proceso de formación de profesionales de la salud como parte de un fenómeno más amplio. El establecimiento de una imagen factible para el futuro de la educación en salud pública, que se oriente en función de la meta universal que propone alcanzar salud para todos en el año 2000, supone en este momento histórico la consideración de la influencia de la crisis y de los aspectos económicos, sociales y políticos que caracterizan a las sociedades de América Latina. Estos tópicos se desarrollan en los contenidos temáticos integrantes de las áreas de conocimiento para el nuevo currículo de los administradores de salud.

Esos contenidos temáticos —una vez definidos y determinada su pertinencia según las áreas de conocimiento pre-establecidas— podrían ser distribuidos en la matriz de doble entrada, en la que se considera por una parte los requerimientos de los administradores según su ubicación en las distintas instancias jerárquicas del sistema de salud (central, provincial o estatal, y local) y por otra parte los elementos de educación, investigación y práctica.

### *Análisis de políticas públicas en el contexto de salud y desarrollo*

Los temas que deberían ser considerados en el área de análisis de políticas públicas dentro del contexto de salud y desarrollo se dividen en dos grandes grupos. Por un lado los aspectos más generales de las políticas públicas y por otro los aspectos de corte metodológico.

En cuanto al primer grupo, se subrayó la importancia de examinar temas tales como los modelos y estilos de desarrollo socioeconómico; el impacto en las poblaciones de la crisis en salud; la influencia de las ideologías y las dinámicas culturales propias de cada país sobre la salud; las relaciones e interdependencia entre los sectores; la negociación, concertación y los movimientos sociales, y la participación de la población en su propio desarrollo.

Dentro de este grupo se consideró de suma importancia incluir un subtema referido a la organización y papel del Estado, ya que algunas de las características básicas de la actividad estatal se reflejan en sus políticas. Por otra parte se destacó la importancia del estudio de los grupos sociales, que influyen y son influenciados por el desarrollo de las políticas sociales. Evidentemente existe una multiplicidad de enfoques de análisis de estos temas que se originan en necesidades diferentes, como la asesoría para la toma de decisiones y el conocimiento académico, que contribuyen en su totalidad a enriquecer el campo de conocimiento sobre políticas so-

ciales. Se recomendó examinar en profundidad aspectos tales como el redimensionamiento del Estado, su gubernalidad y legitimidad, los procesos de descentralización, vigencia y nuevas concepciones de la planificación.

Estos temas han sido objeto de diversas investigaciones en América Latina durante los últimos años y se los ha vinculado con la eficacia de los procesos de planificación, ya que al concebir esta actividad como un proceso social se hace necesario conocer cómo las acciones de la sociedad y del Estado se relacionan.

Dentro del segundo grupo, de corte más metodológico, se mencionó la necesidad de examinar temas referidos a los tipos de análisis de políticas públicas posibles; las diferentes técnicas y métodos a utilizar para llevar a cabo el análisis, y la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de las políticas.

En cuanto a los tipos de análisis que es posible realizar, se identificaron los siguientes: análisis prospectivos, retrospectivos, integrados y aquellos referidos a la teoría de la decisión. Se estudiaron además métodos tales como los de programación lineal, simulación, y análisis de decisiones. Se mencionó la importancia de no limitar el análisis de políticas a técnicas cuantitativas, intentando, por el contrario, ampliar la perspectiva de ese análisis.

Existen otros métodos de análisis de políticas públicas que son de corte más cualitativo. Al respecto se puede mencionar entre otros, a juicio de los expertos, la construcción de escenarios bajo los cuales se analiza, diseña o evalúa una política y que incluye una previsión de eventos hipotéticos en un período de tiempo dado; la teoría de juegos operacionales, y la "técnica de Delfi". Se identificaron los análisis de costo-efectividad y costo-beneficio como técnicas muy útiles en la evaluación de las políticas de salud.

### ***Sistemas nacionales de información y desarrollo de la epidemiología***

La formación de posgrado en epidemiología debe estar vinculada a los servicios de salud y al desarrollo de actividades reales en sus tres campos básicos: estudios de situación de salud; vigilancia epidemiológica (causal y explicativa) y evaluación de servicios, programas y tecnologías. Paralelamente a la ejecución práctica de actividades deben introducirse los contenidos metodológicos y técnicos necesarios y fortalecer el espíritu crítico e inquisidor del científico frente a la realidad. La organización de los currículos alrededor de la práctica en los servicios y la investigación, como ejes integradores, contribuye a desarrollar una actitud científica y al mismo tiempo una capacidad técnica práctica. Entre los lineamientos básicos para lograr un nuevo impulso en la formación de epidemiólogos debe considerarse la vinculación a los servicios; la capacitación en contacto con problemas concretos de la población, y el estímulo a la investigación y



producción de conocimientos sobre las complejas relaciones entre condiciones de vida y la desigual situación de salud por clases y grupos sociales. Estos procesos median a nivel biológico, ecológico, ideológico, cultural y económico.

Es preciso desarrollar estrategias pedagógicas que den prioridad a la participación activa de los cursantes en la resolución de problemas y en la investigación epidemiológica; el desarrollo de la capacidad de autoenseñanza y autoinformación, y el dominio de técnicas ágiles de acceso a fuentes bibliográficas actualizadas. El espíritu inquisidor, el desarrollo de la capacidad de duda, de crítica y de análisis es esencial que sea estimulado y fomentado si se pretende que el enfoque epidemiológico penetre en los servicios de salud y sea el motor del cambio. Este enfoque debe promover la total reorientación que como respuesta colectiva a los problemas de salud tienen que sufrir los servicios para cumplir los objetivos señalados: una disminución de las desigualdades sociales ante la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de la colectividad.

Como líneas básicas de trabajo en esta dirección, se recomienda lo siguiente:

- a) Dar prioridad a la capacitación en epidemiología de alto nivel, con fuerte dominio de la teoría y métodos epidemiológicos. En este sentido es necesario redefinir la tendencia a la formación de epidemiólogos especializados en aspectos restringidos de los problemas de salud, sin tener una sólida formación conceptual y metodológica que les permita entender su campo de acción. Se considera necesario hacer más flexibles los programas de capacitación, para poder utilizar situaciones coyunturales de salud para fines docentes y poder disponer de opciones que permitan la especialización después de una sólida capacitación en epidemiología general.
- b) Fortalecer la investigación epidemiológica, con énfasis en el estudio de la situación de salud de grupos específicos de la población. Esta investigación debe incorporar estudios locales, con participación de la población organizada; estimular el abordaje interdisciplinario y no limitarse al uso de la información registrada. Esto requiere promover la investigación epidemiológica multidisciplinaria en todos los niveles de los servicios de salud y centros de enseñanza de salud pública. El esfuerzo de investigación debe contribuir a recuperar el conocimiento para construir y fortalecer un modelo conceptual explicativo de los fenómenos de salud-enfermedad, que apoye mejor la reorganización de los servicios.
- c) Reforzar el interés por el desarrollo de la teoría y métodos de la epidemiología y la superación de modelos conceptuales, tales

como el de la llamada “tríada epidemiológica”, que resultan insuficientes para explicar la problemática actual de salud. El replanteamiento de la causalidad debe incorporar la compleja articulación entre los procesos biológicos y sociales en la determinación de la situación de salud de diferentes grupos de población y en la cambiante situación económica y política de los países. Este esfuerzo, orientado a profundizar en las relaciones entre salud y condiciones de vida y de trabajo, tendrá que reconceptualizar muchas de las categorías e indicadores utilizados, pero deberá sin embargo traducirse en una investigación accesible a la mayoría de los epidemiólogos y trabajadores de salud; es decir, la complejidad del esfuerzo conceptual metodológico requerido debe traducirse en diseños accesibles de investigación y abordaje de los problemas de salud.

Así se lograría organizar los conocimientos y técnicas de la epidemiología para que sirvieran a las diferentes necesidades del equipo de salud.

### ***Economía y financiamiento de la salud***

Con el propósito de organizar los temas, se adoptó la metodología de elaborar una matriz que permitiera destacar los principales temas e integrarlos, teniendo en cuenta el establecimiento de pautas de cooperación en términos de fortalecimiento de la infraestructura de la docencia y de la investigación.

Se enfatizó que la docencia debería estar estrechamente vinculada a las actividades de investigación generadora del conocimiento y que debería ser, en sí misma, practicada sobre la base de resolución de problemas.

Asimismo, se destacó la importancia de elaborar esquemas conceptuales que permitan integrar los diferentes presupuestos y valores subyacentes en las distintas áreas de conocimiento.

Los temas propuestos se agruparon, por un lado, en aquellos que toman en cuenta el proceso de desarrollo y la teoría política, y por otro, los correspondientes a los aspectos económicos del sector salud propiamente dicho. Con respecto al primer grupo, que trata sobre las políticas sociales y la dinámica económica y demográfica, se incluyeron aspectos relacionados con el análisis del proceso económico productivo y su relación con la salud —especialmente en lo que se refiere al impacto de políticas económicas, tales como empleo, industrialización e ingresos; relación entre la dinámica demográfica, la marginalización y la necesidad de formulación y adecuación de políticas sociales; flujos migratorios internos, y estrategias de descentralización del gobierno.

Otro conjunto temático se refiere a las relaciones entre salud, políticas sociales y finanzas públicas. Se incluyeron aquí temas tales como la deuda externa y el impacto social de las políticas de ajuste recesivas; la reforma del Estado y la reducción del gasto público; el gasto en salud; la regresividad de los sistemas de financiamiento sectorial y su impacto en la accesibilidad y equidad del sistema de salud; nuevos mecanismos de financiamiento; la privatización de los servicios de salud; las relaciones institucionales entre el Estado y la seguridad social, y el financiamiento internacional y su relación con las formas de organización del sistema de servicios de salud.

Un tercer grupo temático se ocupa de examinar las relaciones del Estado, la economía y la salud. Al respecto se mencionan como importantes, el análisis de la evaluación del sector público y el papel cambiante del Estado en la atención de la salud; la crisis de estado de bienestar; la atención no rentable y la concentración de sus servicios en el Estado; los procesos de democratización y las políticas sociales de apoyo; el proceso de decisión del Estado; la articulación intersectorial; la participación social y los procesos de planificación incorporando enfoques estratégicos.

Un último grupo temático trata sobre la interrelación entre el comportamiento del sector económico y el comportamiento del sector salud propiamente dicho. Se proponen aquí temas referentes a la morfología y al comportamiento de los diversos mercados prestadores y sus formas de interrelación; la organización social de la medicina; el impacto y significado del proceso tecnológico en el sector salud; la producción y productividad de los servicios de salud; costo y economía de escala; racionalización en el uso de recursos; formas de inserción de las profesiones de salud; sobre-especialización; formas diferenciales de pago a los prestadores y su impacto en la cantidad, calidad y continuidad de los servicios; el papel del medicamento en la prestación de servicios y el papel de la industria farmacéutica; la normalización de los servicios de salud, y desarrollo de la investigación en el sector salud.

### ***Recursos humanos en salud***

Los temas a desarrollar en esta área del conocimiento pueden agruparse en tres categorías que no son mutuamente excluyentes, sino que permiten un abordaje sistemático de diversas cuestiones de reconocida importancia. Tales categorías aluden a los aspectos de la educación, la práctica y la investigación.

En cuanto a los temas relativos a la primera categoría, se destacó la necesidad de examinarlos desde la perspectiva del proceso global de formación de recursos humanos y en esa dimensión se resaltaron como tópicos pertinentes los que se refieren a la concepción de la unidad de estudio: el proceso salud-enfermedad.

Si bien hoy en día son pocos los que aún niegan el valor de los determinantes sociales de la enfermedad, la realidad muestra la necesidad de operacionalizar una propuesta biomédica-social, con fundamento interdisciplinario.

Esta consideración no presupone el *mezclar* las ciencias biomédicas con las ciencias sociales, sino *construir* en el pensamiento nuevos objetos científicos que permitan vincular lo social y lo biológico en una distinta delimitación del proceso salud-enfermedad, el cual es en sí mismo un concepto integral y unitario que incluye formas de movimiento inorgánico-orgánico-biológico y social, sujetas a principios generales de causalidad e interacción.

De manera que, en el esfuerzo por delimitar un campo de indagación permanente para quien enseña y de conferir a esta temática una "dignidad epistemológica", cabría constituir como objeto específico de docencia una unidad interdisciplinaria en cuyo interior se abordaría la problemática de la articulación de lo biológico y lo social; la integración de la salud individual y la salud colectiva, y la interacción de los niveles de conocimiento básico y aplicativo.

Los tópicos propios de la pedagogía deberán tener también un espacio en el nuevo currículo del administrador en el campo de los recursos humanos en salud.

Los modelos de formación de personal de salud, tanto los tradicionales como los innovadores, deben igualmente tener un lugar específico en la formulación del currículo.

La formación de posgrado, la capacitación avanzada, el liderazgo y la educación continua, son otro conjunto de temas que merecen particular atención.

Los temas de la segunda categoría, relativos a la práctica, se refieren a lo que generalmente se conoce como "utilización" de los recursos humanos en salud, e involucra temas que aluden a la estructura de los servicios como base material de la práctica. Es innegable que las formas que asume esta —los modelos prototípicos del quehacer en salud— se interrelacionan muy íntimamente con los modelos de la formación, siendo esta interrelación uno de los objetos de estudio que merece ponderada consideración. En este sentido se destaca un tópico de permanente interés: el de la integración docente-asistencial.

Las consideraciones cualitativas y cuantitativas en torno al ingreso de las nuevas generaciones a los niveles superiores de formación profesional son temas prioritarios, al igual que lo son las cuestiones relativas al egreso de los nuevos graduados y su inserción en el mercado de trabajo.

La participación de estudiantes en el trabajo de los servicios de salud es también una cuestión a subrayarse, pues marca un puente entre la formación y la utilización de personal y abre una nueva dimensión en el campo del análisis de la fuerza de trabajo en salud.

Las necesidades cualitativas y cuantitativas de personal de salud y la demanda diferencial de profesionales para las instancias jerárquicas del sistema nacional de salud constituyen otro objeto de estudio, en el cual tienen su lugar las consideraciones relativas a la deficiencia de cobertura; asistencia insuficiente a la población cubierta; oferta y demanda de profesionales; empleo y desempleo; ocupación y desocupación; distribución de las carreras profesionales y de los profesionales mismos; evaluación del desempeño; régimen salarial y los tópicos laborales conexos; jornada de trabajo, incentivos, etc.

Sin duda alguna, la formación básica masiva en gerencia, planificación y administración de personal para los sistemas locales de salud (SILOS), es un tópico cuya pertinencia resulta evidente.

La tercera categoría temática incluye los asuntos relativos a la investigación sobre personal de salud.

La investigación científica representa una de las bases primordiales del desarrollo del personal de salud y es pieza clave en los programas de carácter nacional y regional.

El peso que se le asigne a las cuestiones teóricas y metodológicas de la investigación sobre personal de salud en el currículo de los nuevos administradores es materia de una decisión que se remite al hecho de que el objetivo final de toda la investigación en salud es contribuir a la meta de salud para todos en el año 2000.

Con esta consideración en mente y en términos de investigación sobre personal de salud, se estimó que, dado el conocimiento sobre el método general de la ciencia, resulta pertinente precisar la relación que guarda la investigación sobre las necesidades de salud de la población, con la investigación sobre servicios de salud y la de personal de salud. Se considera así que la investigación sobre personal de salud forma parte de la investigación de servicios.

Esta distinción, como objeto de estudio, facilitaría el abordaje de otros temas de mayor especificidad y de gran importancia para el administrador de salud, como son aquellos referidos a los criterios para establecer prioridades para la investigación sobre personal de salud; la interpretación de los análisis del personal de salud en la estructura de insumos y tecnologías; las bondades y limitaciones de los estudios sobre fuerza de trabajo en salud, y las cuestiones emergentes de las investigaciones acerca de la sociología de las profesiones.

En su conjunto, los temas que se han considerado en las tres categorías conformarían una misma unidad, la cual podría constituirse en eje conductor del proceso de planificación de recursos humanos para la salud. Esto nos ubica en el terreno de las políticas de recursos humanos, campo en el cual se destacan por un lado los tópicos referidos al contexto sociopolítico y, por otro, los relativos a la participación de los gobiernos y de los organismos internacionales, de los partidos políticos y de otras enti-

dades de la sociedad como actores de primera línea en la determinación de las políticas aludidas. Estos temas no pueden dejar de ser objeto de estudio en el nuevo currículo.

A este respecto, en forma reiterada se destacó la importancia de examinar el contexto sociopolítico en el marco de las nuevas condiciones que emergen tanto de los procesos de redemocratización de las sociedades latinoamericanas, como de las condiciones que se derivan de la recesión económica.

En dicho contexto surgen como tópicos pertinentes los relacionados con las demandas específicas de:

- Las corporaciones y/o asociaciones de profesionales de la salud.
- Los sindicatos de trabajadores y otros organismos gremiales de características similares.
- Los partidos políticos y otras entidades de la sociedad.

Las propuestas corporativas y no corporativas acerca de las condiciones de vida y de trabajo del personal sindicalizado y no sindicalizado son asuntos específicos de gran interés en el campo de la política de recursos humanos, que al igual que cualquier otro tipo de política pública, deben remitirse a las nuevas características económicas y sociales de América Latina, sin perder de vista los propósitos de igualdad y universalidad de los servicios de salud, inscritos en las políticas generales del sector.

### ***El proceso de desarrollo tecnológico en salud***

Las nuevas relaciones económicas de producción y comercialización que emergen de la introducción de la tecnología en el campo de la salud constituyen el telón de fondo en un escenario en el que se destacan con nítidos perfiles los cambios en las modalidades de atención y en la administración de los servicios de salud, provocados por la aludida incorporación tecnológica.

Tanto las nuevas relaciones en el plano de lo económico, como los cambios en la atención y la administración, son aspectos que en sí mismos constituyen unidades programáticas objeto de estudio, a considerarse de manera prioritaria en el currículo de los nuevos administradores, quienes deben ser capaces de identificar las características de la confluencia del sistema productivo de una sociedad dada, con el crecimiento tecnológico en general y del sector salud en particular.

Respondiendo a las necesidades de los contenidos de capacitación se mencionaron aspectos referidos al contexto socioeconómico y político en el cual tiene lugar y se estructura el desarrollo científico y tecnológico. Se destacó que los productos resultantes de ese desarrollo impactan a su vez a los elementos culturales, sociales, ecológicos, políticos y económicos.

En este sentido, la definición y administración de políticas nacionales para regular el proceso de desarrollo tecnológico es otro aspecto de fundamental importancia, el cual debe incorporar no solamente el análisis de los aspectos legislativos necesarios para controlar el ingreso desordenado de la tecnología, sino también los mecanismos que favorecen e impulsan el esfuerzo nacional para desarrollar la capacidad industrial autónoma.

Por otra parte, es necesario examinar temas tales como la ciencia, la racionalidad y la modernización tecnológica; el desarrollo de las ciencias y la tecnología en sociedades centrales y periféricas; la transferencia de tecnologías y la dependencia tecnológica, y el desarrollo de la capacidad tecnológica local.

El interjuego de intereses sectoriales de productores, intermediarios y consumidores es un punto que merece un tratamiento explícito.

Otro grupo temático se refirió al proceso tecnológico propiamente dicho, que incluye el papel del Estado en el proceso tecnológico; el control social sobre la producción y uso de tecnologías; la generación, difusión, incorporación y selección de nuevas tecnologías; utilización, y evaluación tecnológica.

Al respecto, una inquietante cuestión a incorporarse en la temática es la relativa a la utilización de equipos y dispositivos médicos por parte de los sectores público y privado. La otra es la que se refiere al "peso" de la incorporación tecnológica en los costos de la atención médica.

Síguese de esto un examen acerca de la evaluación de la seguridad, eficacia y costo-beneficio de los dispositivos tecnológicos.

Un análisis del impacto que ejerce la incorporación de la tecnología en la formación de los recursos humanos para la salud es otro asunto de notable importancia, del cual pueden derivarse consideraciones acerca de los programas de actualización, educación continua, etc., en tanto se orientan para facilitar y/o fortalecer dicha incorporación.

Una revisión de los aspectos éticos del uso de la tecnología constituirían un elemento importante en el desarrollo del nuevo currículo.

Finalmente, se enfatizó la importancia de definir métodos e instrumentos para el desarrollo de procesos de planificación científica tecnológica.

### *Sistemas de servicios de salud*

En esta área del conocimiento se consideró en primer término un conjunto de temas que aluden al análisis de los servicios de salud en el contexto de la crisis económica. Dentro de ellos asumen particular relevancia los referidos a la participación del gasto público en el financiamiento de los servicios y la correlativa participación del sector privado. En

estrecha relación con estos temas se destacan aquellos que se refieren, por un lado a las políticas y prioridades del sector, y por otro, a la distribución y utilización del poder en los procesos de descentralización del Estado en general y del sector salud en particular.

La diversificación y complejidad de los sistemas nacionales de servicios de salud; los procesos de urbanización acelerada y de marginalización; la incorporación frecuentemente acrítica de tecnología son, entre otros, temas que no pueden dejar de tratarse en esta área de conocimiento.

La extensión de cobertura de los servicios a toda la población, especialmente a los grupos vulnerables, es un tópico de permanente interés, en el cual deben tener preeminencia los temas relativos a las transformaciones necesarias en el sistema nacional de servicios de salud, para alcanzar máximos niveles en términos de equidad, eficacia, eficiencia y participación social.

Es pertinente mencionar en este capítulo la temática relacionada con la propuesta transformadora de los sistemas nacionales en función de la estructuración de los sistemas locales de salud y la correspondiente reorganización del nivel central para asegurar la conducción del sector y el desarrollo de los sistemas locales, en función de un nuevo modelo de atención y de la integración lógica de los programas de prevención y control.

Es innegable que el reforzamiento de la capacidad y liderazgo del nivel central es un aspecto fundamental para la conducción de los procesos tendientes al desarrollo de los sistemas locales. La función rectora del nivel central otorga la debida coherencia a dicho desarrollo y asegura la capacidad redistributiva de los recursos para satisfacer necesidades diferentes de poblaciones con mayores riesgos, aplicando el principio de la equidad.

El desarrollo de un nuevo modelo de atención es otro tema de envergadura que contempla, sin agotarlos, asuntos relacionados con los procedimientos técnicos de prestación de los servicios; el uso de tecnologías disponibles; la forma de utilización de los recursos (prioridades, organización, etc.) y, por supuesto, con la demanda de atención.

El ámbito de trabajo de los sistemas locales debe permitir la unificación de los esfuerzos de la población y de los recursos del sector, en acciones conjuntas para la salud.

Se destacan en este contexto los temas relativos a las expectativas de la población y los procesos de democratización. Es evidente que los tópicos referentes a la participación de las colectividades en las decisiones y conducción conjunta de los sistemas locales es materia de renovada importancia, como también lo es la que aborda los asuntos que aluden a los comportamientos individuales y de grupo relevantes al contexto de salud-enfermedad en los mismos sistemas. La participación social re-



quiere de estrategias flexibles que sirvan de vehículo a la expresión de los grupos formales e informales y de las instituciones sectoriales.

Los mecanismos de articulación de los recursos públicos, privados y mixtos y su utilización y adecuación a la realidad de los sistemas locales de salud, así como los criterios fundamentales para el pensar y el actuar intersectorial y para la división del trabajo dentro del sistema nacional de salud, son otros tópicos cuyo examen reviste notoria importancia. En esta línea de pensamiento se destacan también como objeto de estudio los sistemas de referencia, contrarreferencia, asesoría y supervisión, entre los servicios locales y los otros niveles del sistema nacional de salud.

La capacitación de la fuerza de trabajo y el refuerzo de la capacidad administrativa y de gerencia en los sistemas locales son tópicos relevantes. El logro de la meta de cobertura total de salud con equidad y eficiencia en el contexto político y económico de los países, depende no solamente de la racionalización del gasto en salud, sino de la capacidad operativa de los servicios. La utilización más racional del personal existente y su educación permanente es otro aspecto de singular interés.

El desarrollo de sistemas de información y los aspectos conceptuales y metodológicos de la investigación de servicios de salud representan cuestiones que el nuevo administrador debe incorporar a su acervo de conocimientos, teniendo en mente que los resultados de la investigación deben servir para introducir acciones correctivas para lograr avanzar hacia una mejor salud de la población.

---

# **I NFORME FINAL. ENSEÑANZA DE LA SALUD PÚBLICA EN LAS AMÉRICAS. PRIMERA CONFERENCIA IBERO-PANAMERICANA DE ESCUELAS DE SALUD PÚBLICA<sup>1</sup>**

---

La Primera Conferencia Ibero-Panamericana de Escuelas de Salud Pública contó con la participación de los decanos y representantes de diversas instituciones de educación en salud pública de España, Norteamérica, Latinoamérica y el Caribe.

## **PRESENTACIONES**

La sesión inicial de trabajo sobre la enseñanza de la salud pública en las Américas fue presidida por el Decano de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico, y comenzó con la presentación de la Presidente de la Asociación de Escuelas de Salud Pública de los Estados Unidos (ASPH), cuyo informe incluyó un resumen de los diversos cursos ofrecidos por las 24 escuelas afiliadas a la Asociación, las características de los alumnos y los cambios cualitativos y cuantitativos de estos en las últimas décadas, así como un estimado en relación a las necesidades de recursos de salud en los Estados Unidos.

A continuación, el Coordinador del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la Organización Panamericana de la Salud presentó un trabajo titulado "El liderazgo en salud pública en América", donde recalca las actividades realizadas por la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAES), la

---

<sup>1</sup> Gran Encuentro Ibero-Panamericano de Salud Pública, San Juan, Puerto Rico, 31 de julio-5 de agosto de 1988.

ASPH y la OPS en forma previa a la Conferencia, las que tienen por fin lograr la cooperación entre las instituciones que integran ambas Asociaciones, para promover el liderazgo en salud.

Dichas actividades fueron iniciadas en 1986 con la identificación de seis áreas prioritarias y la posterior realización de seis reuniones para el estudio de cada una de ellas en las Escuelas de Salud Pública de México, Caracas, Buenos Aires, Rio de Janeiro, Medellín y San Juan de Puerto Rico, durante el año 1987.

El informe consolidado de dichas reuniones preparado por la OPS y el mencionado trabajo sobre liderazgo en salud pública en América fueron sometidos a la consideración de los participantes como base de discusión.<sup>2</sup>

## DISCUSION DE DOCUMENTOS

Se aprobó por consenso que los seis temas discutidos constituyen las áreas prioritarias a través de las cuales debe iniciarse la cooperación entre todas las escuelas que integran la ALAESP y la ASPH:

- Análisis de políticas públicas en el contexto de salud y desarrollo.
- Sistemas nacionales de información y desarrollo de la epidemiología.
- Economía y financiamiento de la salud.
- Recursos humanos en salud.
- El proceso de desarrollo tecnológico en salud.
- Sistemas de servicios de salud.

Para la discusión de estos temas y preparación de los informes respectivos, se formaron tres grupos, a cada uno de los cuales se le asignaron dos áreas específicas:

- Grupo "A": Análisis de políticas públicas en el contexto de salud y desarrollo, y economía y financiamiento de la salud.
- Grupo "B": Recursos humanos en salud, y el proceso de desarrollo tecnológico en salud.
- Grupo "C": Sistemas nacionales de información y desarrollo de la epidemiología, y sistemas de servicios de salud.

---

<sup>2</sup> Se incluye el texto de ambos documentos en este número de *Educación Médica y Salud*.

## INFORMES DE GRUPOS

### *Grupo "A"*

La eventual solución del problema de la deuda externa que afecta a los países de la Región, no constituiría por sí sola la solución efectiva del problema de salud, ya que los gastos no coinciden necesariamente con una eficiente capacidad de gestión y, en consecuencia, con un rédito social importante. La descentralización —se dijo— no es en sí misma un instrumento idóneo en la medida que no vaya acompañado de las condiciones estructurales y financieras que aseguren una gestión más eficaz de los servicios públicos.

Los conceptos básicos de consenso general perseguidos por el grupo se basan en la aceptación de que existe una íntima relación entre el desarrollo de políticas públicas con efectivo rédito social y el papel del Estado en la formulación, ejecución y evaluación de dichas políticas. Esta relación no ha sido estudiada en profundidad y, por lo tanto, el grupo consideró imperativo evaluar el impacto de las políticas públicas, sus características, desviaciones y razones de estas. El sujeto de evaluación deberá ser, a la luz de los niveles ya aceptados de análisis, las realidades nacionales jurisdiccionales del sector. En este sentido, el grupo consideró que no existe el concepto de "región" sin países que la conformen, así como no existe país sin provincias y de la misma manera estas no pueden ser concebidas sin la existencia de municipalidades.

En la consideración de la investigación de políticas públicas se analizó la crisis del "estado benefactor" a la luz de la desvalorización relativa de las políticas sociales. Se entendió, en primer lugar, que dicho análisis permitiría programar la cooperación interinstitucional que ha de contribuir a fortalecer el liderazgo sectorial. Una consideración previa —que contó con consenso general— consistió en señalar la necesidad de ajustar la discusión a conceptos básicos de aceptación universal, teniendo en cuenta que el diagnóstico de las realidades de los países en relación con el punto en discusión permite visualizar un amplio escenario en situaciones diversas.

Resultado del aporte particularizado de los delegados de los países fue la primera conclusión: en oportunidades, las prioridades para el abordaje del problema no surgirían de las necesidades en salud de los países sino de intereses espurios. Ello obedecería, en opinión de los participantes, al vacío de políticas sociales motivadas con frecuencia por la falta de coherencia entre el discurso y la práctica. Se señaló que en ocasiones, el actual proceso generalizado de democratización en América Latina no implica, necesariamente, la existencia de políticas coherentes de salud que aseguren la puesta en práctica, con carácter trascendente, de políticas de integración. Dichas políticas suponen el desarrollo de métodos y procedi-

mientos tan importantes como el sistema de información y las modificaciones estructurales necesarias.

Una recomendación básica para la cooperación intersectorial, es la elaboración de un proyecto de investigación que conduzca a estudios comparativos sobre la modificación del carácter del Estado con expresión en los cambios en las políticas sociales, especialmente en lo que se refiere a políticas de salud.

Aspectos particulares del proyecto de investigación podrían ser:

- Proceso de descentralización.
- Elementos políticos y técnicos que facilitan o dificultan el proceso.
- Evaluación de los resultados en relación con diferentes aspectos de cada circunstancia.
- Procesos de privatización y formas de promover el financiamiento de los sistemas de prestación de servicios.

El grupo consideró que como sujeto de evaluación, debe precisarse el propósito del análisis, evitando trabajar sobre información basada en indicadores promediales o la no consideración de sectores de población que puedan no tener acceso o no ser cubiertos por el sistema de servicios de salud.

De esta manera será posible conocer los componentes que deberán ser corregidos para concretar las reformulaciones estructurales que correspondan.

El estudio de los problemas, incluyendo la evaluación de las políticas públicas y sus alcances, deberá ser parte del abordaje del problema. Por otra parte, la formulación y ejecución de dichas políticas y programas han de contar con el conocimiento, la percepción y la actitud adecuada que correspondan al desarrollo de una política coherente de salud. Se cumplirá, de esta manera, con el principio por todos aceptado, de integración de las partes.

Dentro del marco precisado, en todos los casos se requiere cooperación técnica.

Serían mecanismos adecuados del proyecto de investigación:

- Proyecto de diseño único, con la desagregación necesaria y bajo condiciones que permitan la comparabilidad.
- Diseño y puesta en marcha de centros de documentación que permitan recoger la información y acceso a la misma por los grupos interesados.

Otras recomendaciones del grupo son:

- a) Identificar formas y organismos de financiamiento.

- b) Asegurar la coordinación de proyectos y actividades de financiamiento, a cuyos efectos se sugiere que la misma recaiga en ALAESP y ASPH.
- c) Planificar el intercambio de docentes entre las escuelas de salud pública, a fin de compartir experiencias y recibir el aporte de los centros más avanzados.
- d) Revisar los currículos de las escuelas a fin de introducir los aspectos más novedosos y menos conocidos, tales como economía y financiamiento del sector; evaluación de tecnologías, y otros.
- e) Promover el apoyo de los organismos de financiamiento para mejorar el conocimiento de idiomas por parte de los docentes de las escuelas del continente.

### **Grupo "B"**

#### **Recursos humanos en salud**

El grupo considera que constituyen áreas prioritarias de acción para la cooperación en el área de recursos humanos en salud:

- Proponer estudios de la fuerza de trabajo en salud, con una estructura conceptual amplia que incorpore el instrumental de las ciencias sociales.
- Establecer políticas de recursos humanos ajustadas al contexto sociopolítico vigente.
- Reforzar el proceso formativo en salud con sólida base social y desarrollo.
- Promover la educación continua ajustada a la realidad y al proceso de transformación de los servicios.

En relación a los mecanismos recomendados para colaborar en estos aspectos se propone:

- a) Que la OPS sea la institución centralizadora de datos y realice la difusión consiguiente, en relación a las escuelas de salud pública, incluyendo:
  - Cursos y programas.
  - Recursos existentes.
  - Necesidades de apoyo, identificadas por las escuelas.
  - Areas en las cuales puedan dar apoyo técnico.
  - Líneas de investigación en ejecución.

Esta actividad de recolección, actualización y difusión debe contar con la colaboración y apoyarse en ALAESP y ASPH.

- b) Establecer mecanismos de intercambio de docentes y estudiantes entre las diferentes escuelas, a través de la OPS, con la creación de los mecanismos administrativos necesarios para el manejo de este intercambio.
- c) Desarrollar en los países los estudios de fuerza de trabajo en salud, con la colaboración de la OPS.
- d) Buscar los mecanismos de financiamiento necesarios para la realización de estas actividades, siendo este aspecto responsabilidad de una comisión especial integrada por la OPS, ALAESP y ASPH.

Como instituciones participantes en los países, correspondería a un grupo de trabajo especial el identificar aquellas instituciones docentes y ministerios de salud que participarían en este proyecto. Mientras tanto, las instituciones representadas en esta reunión pueden manifestar su interés en colaborar en esta área y podrían comenzar a realizar contactos bi o multilaterales. En este aspecto, las escuelas representadas y el grupo manifestaron su deseo de iniciar a corto plazo el intercambio de docentes y estudiantes.

### **Proceso de desarrollo tecnológico en salud**

En relación a este tópico, el grupo considera que los aspectos prioritarios son:

- Profundizar el conocimiento en los aspectos relativos a la regulación, incorporación y utilización de las diversas tecnologías para el sector salud.
- Analizar y formular políticas orientadas al logro de capacidad tecnológica autónoma ajustada a los valores culturales y necesidades básicas de la población.
- Desarrollar mecanismos que permitan la coordinación a nivel del Estado, tanto como función promocional y global como de fiscalización y control.
- Perfeccionar métodos de evaluación de procedimientos y tecnologías aplicables en salud, teniendo en vista su riesgo, resultados y relación de costo-beneficio.

Es necesario, además, considerar los siguientes aspectos:

- a) La tecnología educativa, incluyendo los mecanismos de difusión de información bibliográfica existente a los docentes y alumnos.
- b) La tecnología utilizada en laboratorios de las escuelas de salud pública.

- c) La necesidad de introducir en el currículo de las escuelas el área de evaluación de tecnologías en salud y de los métodos utilizados para este fin.
- d) Lo relacionado con el uso de la tecnología apropiada en cada país y lo correspondiente a la capacidad de compra y mantenimiento de los equipos utilizados en la aplicación de las mismas. Se considera que deben enfatizarse los aspectos de control de calidad de la tecnología aplicada y la adecuada interpretación de los resultados logrados con la aplicación de dichas tecnologías.

Los mecanismos recomendados para implementar las actividades de colaboración son los siguientes:

- a) Intercambio de experiencias y de docentes en las áreas de investigación de costo-efecto y costo-beneficio.
- b) Creación de recursos internacionales en áreas de evaluación de tecnologías auspiciadas conjuntamente por las instituciones participantes.
- c) Desarrollo de programas de educación continua en relación con nuevas tecnologías, para el personal que trabaja en el campo de la salud en los países.
- d) Desarrollo de los mecanismos de cooperación técnica para la atención de los equipos necesarios para los laboratorios y la docencia en las escuelas de salud pública.

Un grupo especial formado por representantes de ALAESP, ASPH y OPS elaborarán los detalles de estos planes y estudiarán los mecanismos para lograr el financiamiento requerido.

### **Grupo "C"**

#### **Sistemas nacionales de información y desarrollo de la epidemiología**

La colaboración debe estar orientada hacia la solución de problemas, trabajando dentro de la estructura del sistema nacional de salud y con base en necesidades identificadas de profundizar el conocimiento de un tema en las escuelas de los Estados Unidos, América Latina y el Caribe. Debe tomarse en cuenta la experiencia, la tradición y los conocimientos de las instituciones interesadas e integrar áreas de conocimiento como la epidemiología y los servicios de salud.

Los temas específicos seleccionados y señalados como prioritarios por los participantes son:



- a) Construir una base teórica común, incorporando y clarificando los conceptos de epidemiología social en las instituciones que colaboren.
- b) Desarrollar una metodología para los estudios epidemiológicos, tomando en consideración el marco teórico de referencia indicado anteriormente, centrándose en grupos de riesgo.
- c) Desarrollar investigaciones epidemiológicas y adiestramiento sobre cambios en epidemiología, considerando los movimientos demográficos, la urbanización y las diferencias en mortalidad y morbilidad.
- d) Desarrollar estudios conjuntos con los programas de investigaciones y de adiestramiento en salud ambiental que se centren en la comparación entre lo sucedido en los Estados Unidos y lo que está sucediendo en América Latina y el Caribe.

El grupo consideró que no hay suficientes datos para proponer mecanismos específicos. Se presentó un modelo para estos mecanismos, basado en una matriz en la que el aumento de la intensidad de colaboración llevaría a un aumento de costo y de necesidad de fondos.

El primer nivel y el menos costoso sería el intercambio de información; el segundo nivel las investigaciones de centro múltiples, y el tercero y más costoso el intercambio de recursos humanos.

Con respecto a la identificación de instituciones, el grupo mencionó la necesidad de tener una base de datos que identifique los campos de investigaciones de las instituciones interesadas y los programas de estudios de los investigadores motivados para llevar a cabo el programa colaborativo. La base de datos debe ser mantenida por ALAESP, ASPH y OPS.

### **Sistemas de servicios de salud**

Las recomendaciones del grupo en este tema incluyen la identificación de otras instituciones con interés en los estudios colaborativos y capacidad para realizarlos.

Una vez que se cuente con esa información, se haya elegido el campo de investigaciones y se haya identificado al personal y las instituciones, se prepararán proyectos específicos para buscar organismos de financiación.

El grupo acordó delegar a un grupo de estudio formado por ALAESP, ASPH y OPS para desarrollar aún más este programa y difundir la información a otras instituciones que no estuvieron presentes en esta reunión, para que presenten sus contribuciones y soliciten fondos para empezar un número selecto de proyectos.

Los temas considerados como áreas prioritarias para que sean el centro de la colaboración inicial son:

- a) Investigaciones orientadas a estudiar la calidad de la atención primaria de salud para incluir este tema en el programa de estudios de medicina. El grupo comentó que la calidad de la atención de la salud no se debe identificar con la productividad, con la sobreutilización ni con tecnologías complejas.
- b) Los estudios sobre este tema deben estar dirigidos a hallar indicadores de calidad de la atención de salud y hacia asegurar esa calidad, más que a evaluar. La calidad de atención no es sinónimo de satisfacción por parte de los usuarios.
- c) Otro tema tratado por el grupo fue el desarrollo de investigaciones y metodologías nuevas en educación en salud y participación comunitaria. La creciente epidemia del SIDA, en la que no existe ninguna protección curativa y específica, señala la necesidad de educación en salud basada en la participación comunitaria y la acción organizada de grupos.
- d) El tema del control de costos se trató en profundidad, así como la necesidad de fomentar el conocimiento en el proceso de toma de decisiones políticas para la asignación de los escasos recursos y el equilibrio entre prioridades de salud y los costos de los programas de salud; por ejemplo, la construcción de una unidad coronaria y una unidad de terapia intensiva para bebés.
- e) El sistema local de salud fue otro tema que debería ser el foco de estudios colaborativos.

## **CONCLUSIONES GENERALES**

Los grupos consideran que las áreas prioritarias analizadas constituyen un elemento básico para el inicio de la cooperación inter-institucional. En resumen:

1. Se enfatizó que las áreas de políticas públicas y de financiamiento son complejas y difíciles de abordar. Se recomienda encarar estos problemas con un proyecto de investigación que conduzca a estudios comparativos de las políticas desarrolladas por los diferentes países y la creación de un centro de documentación sobre los problemas. Se enfatiza que las escuelas deben jugar un importante papel a nivel de sus respectivos países en la formulación de las políticas públicas.

2. En el área de recursos humanos se acordó la necesidad de desarrollar en los países estudios sobre la fuerza de trabajo.

3. En relación a tecnología en salud, se propone agregar los aspectos relacionados a la tecnología educativa, incluyendo la que permita

el acceso a bibliografía actualizada y la utilizada en los laboratorios de las escuelas. Se consideró, además, la necesidad de introducir en el currículo los aspectos de evaluación de tecnología y métodos para ello; el uso de tecnología apropiada en cada país, y lo correspondiente a la capacidad de compra y mantenimiento de equipos, enfatizando la necesidad de enfocar el control de calidad y la interpretación de información.

4. En el área de epidemiología se recomienda el orientar la colaboración hacia la solución de problemas, basándose en la estructura de los servicios de salud de los países, sus características demográficas y sociales, y la experiencia, tradición y capacidad de las instituciones participantes, con la construcción de las bases teóricas necesarias y la definición de los conceptos requeridos. Se necesita evaluar la cantidad y calidad de la información, así como su aplicación en la toma de decisiones.

5. En el área de servicios de salud, se reconoce la necesidad de realizar investigaciones en cuidados primarios de salud y su inclusión en los currículos, así como la búsqueda de indicadores de calidad de atención de salud y de métodos para mejorarla —recalcándose que calidad no es sinónimo de satisfacción del usuario. Es necesario el desarrollo de nuevos métodos de educación sanitaria y participación de la comunidad. Se recalca la necesidad de discutir los aspectos de reducción de costos y su contribución al proceso de toma de decisiones. Los sistemas locales de salud deben ser objeto de estudio especial.

6. Por último, se apoya, en general, la recomendación global de integrar una Red Interinstitucional de cooperación técnica, con la finalidad de lograr el fortalecimiento de la capacidad docente y de la capacidad de investigación.

## **RECOMENDACIONES**

En vista de lo expuesto, se recomienda crear una comisión integrada por ALAESP/ASPH/OPS para:

- a) Hacer un inventario de las escuelas de salud pública que incluya:
  - Cursos y programas de las mismas.
  - Recursos existentes en ellos.
  - Necesidad de apoyo, identificado por las escuelas.
  - Areas en las cuales se puede ofrecer apoyo técnico.
  - Areas de investigación en ejecución o en proyecto.
- b) Estudiar y proponer mecanismos de intercambio de docentes y estudiantes.
- c) Recabar información sobre formas de financiamiento de las ac-

tividades y elaborar propuestas para ser presentadas a las instituciones potencialmente financiadoras.

- d) Proponer programas y cursos que se consideren necesarios para la preparación y actualización de los docentes de las escuelas y del personal de los servicios de salud.
- e) Promover el intercambio de información entre las escuelas.
- f) Contribuir al desarrollo de mecanismos de cooperación técnica para la obtención de los equipos necesarios para los laboratorios y la docencia en salud pública.

Esta comisión quedaría facultada para establecer los planes y decidir el orden de prioridad y de ejecución de las acciones, en especial de acuerdo a las posibilidades de financiamiento y de disponibilidad de recursos.

Las escuelas también podrían hacer contactos bilaterales o multilaterales para iniciar cooperación y el trabajo conjunto en campos específicos.

## **DECLARACION DE PUERTO RICO**

Se sometió a la consideración de la reunión un proyecto de declaración, el cual después de amplia discusión fue encomendado para redacción a un grupo especial.

La versión final de la "Declaración de Puerto Rico" fue aprobada por unanimidad el 3 de agosto de 1988.<sup>3</sup>

## **LISTA DE PARTICIPANTES**

Dr. Abdemonen Afifi  
Decano  
Escuela de Salud Pública  
Universidad de California  
Los Angeles, California, EUA

Dr. Rosemarie Barber  
Profesora  
Escuela de Salud Pública  
Columbia University  
Nueva York, NY, EUA

Dr. José R. Blanco Gil  
UAM Xochimilco  
México

Dr. Rafael Borges  
Universidad Central de Venezuela  
Caracas, Venezuela  
(Secretario Ejecutivo de ALAESP)

Dr. Mario Boyer  
Consultor Regional en  
Desarrollo de Recursos Humanos  
Organización Panamericana de la  
Salud  
Washington, DC, EUA

---

<sup>3</sup> Se incluye el texto en este número de *Educación Médica y Salud*.

- Dr. William Bridgers  
Decano  
Escuela de Salud Pública  
Universidad de Alabama  
Birmingham, Alabama, EUA
- Dr. Jacob Brody  
Decano  
Universidad de Illinois  
Chicago, Illinois, EUA
- Dr. David Carpenter  
Decano  
Escuela de Salud Pública  
State University of New York  
Albany, NY, EUA
- Dr. Vicente Carrasco  
Director  
Escuela de Salud Pública  
Lima, Perú
- Dr. Francisco Correa  
Director  
Facultad Nacional de Salud Pública  
Universidad de Antioquia  
Medellín, Colombia
- Dr. José Roberto Ferreira  
Coordinador  
Programa de Desarrollo  
de Recursos Humanos en Salud  
Organización Panamericana de la  
Salud  
Washington, DC, EUA
- Dr. Michael Gemmel  
ASPH  
Washington, DC, EUA
- Dr. David Gómez Cova  
Director, Escuela Salud Pública  
Universidad Central de Venezuela  
Caracas, Venezuela  
(Presidente de ALAESP)
- Dr. Edmundo Granda  
Director  
Cursos de Posgrado en  
Administración e Investigación  
en Salud Pública  
Universidad Central del Ecuador  
Ecuador
- Dr. J. T. Hamrick  
Acting Dean  
Escuela de Salud Pública  
Universidad de Tulane  
Nueva Orleans, Louisiana, EUA
- Dr. Donald A. Henderson  
Decano  
Escuela de Higiene y  
Salud Pública  
The Johns Hopkins University  
Baltimore, MD, EUA
- Dr. James Keith  
Decano Asociado  
Escuela de Salud Pública  
Universidad de South Carolina  
South Carolina, EUA
- Dr. Robert Knouss  
Director Adjunto  
Organización Panamericana de la  
Salud  
Washington, DC, EUA
- Dr. Edwin Krick  
Decano  
Escuela de Salud Pública  
Universidad de Loma Linda  
California, EUA
- Dr. Joyce Lashof  
Decano de la Escuela de Salud Pública  
Universidad de California  
Berkeley, California, EUA
- Dr. R. U. Laurenti  
Director  
Facultad de Salud Pública  
Universidad de São Paulo  
Brasil
- Dr. Luis López  
Escuela de Salud Pública  
de Puerto Rico  
Puerto Rico
- Dr. Sebastiao Lourerio  
Jefe del Departamento de Medicina  
Preventiva  
Universidad Federal de Bahía  
Salvador, Brasil  
(Vicepresidente de ALAESP)
- Dr. Judith Magee  
ASPH  
Washington, DC, EUA
- Dr. Juan Margozzini  
Profesor  
Escuela de Salud Pública  
Universidad de Chile  
Santiago, Chile
- Dr. Vicente Mazzafero  
Director  
Escuela de Salud Pública  
Buenos Aires, Argentina

- Dr. June Osborn  
Decano  
Escuela de Salud Pública  
Universidad de Michigan  
Ann Arbor, Michigan, EUA
- Dr. Milton Pinnock  
Profesor  
Departamento de Medicina Social  
y Preventiva,  
Universidad de West Indies  
Kingston, Jamaica
- Dr. V. Rojo  
Escuela Nacional de Salud Pública  
Madrid, España
- Dr. Enrique Ruelas  
Director  
Escuela de Salud Pública  
Secretaría de Salud  
México, DF, México
- Dr. Antonio Ruffino Netto  
Departamento Médico Social  
Universidad de São Paulo  
Brasil
- Dr. Douglas Scutchfield  
Director  
Escuela de Salud Pública  
San Diego State University  
California, EUA
- Dr. Juan Silva Parra  
Decano  
Escuela de Salud Pública  
Universidad de Puerto Rico  
Puerto Rico
- Dr. Frederico Simões Barbosa  
Director  
Escuela Nacional de Salud Pública  
Rio de Janeiro, Brasil
- Dr. Luis Tafur  
Departamento Médico Social  
Facultad de Salud  
Universidad del Valle  
Cali, Colombia
- Dr. Juan Zafra Mezcua  
Decano  
Facultad Médica  
Universidad de Cádiz  
España
-

# **INFORME FINAL DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE SALUD COMUNITARIA Y BIENESTAR SOCIAL EN LOS GRUPOS DE ADULTOS Y ANCIANOS<sup>1</sup>**

---

## **ANTECEDENTES**

La organización y realización de este taller se debió a la coyuntura que la Escuela de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico (ESP/RCM/UPR), como parte de su proceso de planificación estratégica, condujera gestiones específicas para fortalecer el Programa de Gerontología. En ese sentido, se decidió a fines de 1987 incluir el tópico de adultos y ancianos en el programa del Gran Encuentro Ibero-Panamericano de Salud Pública. De inmediato se hicieron los contactos necesarios con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que acogió con sumo interés la idea.

La interacción estrecha entre el Programa de Salud del Adulto de la OPS y el Programa de Gerontología de la ESP/RCM/UPR sirvió para ultimar acuerdos y lograr un diseño adecuado para el taller. Se estableció, además, un intenso intercambio con la Oficina del Gobernador del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y con directivos de las principales agencias que prestan servicios a la población de mayor edad en el país. Se inició así una apertura en donde uno de los principales frutos fue recibir cooperación técnica y asesoramiento de la OPS en la formulación de un documento legislativo —convertido en Ley por el Senado de Puerto Rico el 10 de mayo de 1988— que crea la Oficina para los Asuntos de la Vejez, adscrita a la Oficina del Gobernador.

---

<sup>1</sup> Primera Conferencia Ibero-Panamericana de Escuelas de Salud Pública, Gran Encuentro Ibero-Panamericano de Salud Pública, San Juan, Puerto Rico, 31 de julio-5 de agosto de 1988.

La presente actividad fue concebida con dos perspectivas de referencia, una regional relacionada con América Latina y el Caribe y otra local vinculada a Puerto Rico. Consecuentemente, las conclusiones y recomendaciones del taller se enmarcan en ambas dimensiones histórico-geográficas.

## DINAMICA DEL EVENTO

El evento se desarrolló en dos secciones. En la primera se presentaron temas de apoyo, básicamente:

- a) **Situación actual y tendencias de la salud del adulto y del anciano en la Región de las Américas**, tema dividido en tres presentaciones desarrolladas por Asesores del Programa de Salud del Adulto de la Organización Panamericana de la Salud.<sup>2</sup>
- b) **La situación de los ancianos en los Estados Unidos**, ponencia del Decano de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Illinois, EUA.
- c) **Las universidades de la tercera edad**, tema novel y transferible a otros contextos, presentado por el Secretario General de la Asociación Internacional de dichas instituciones, con sede en Francia.
- d) **La situación de los envejecientes en Puerto Rico**, presentación de la Directora Ejecutiva de la recién creada Oficina para los Asuntos de la Vejez en Puerto Rico.<sup>3</sup>

En la segunda sección se constituyeron dos grupos de trabajo que discutieron los temas relacionados con servicios y docencia, respectivamente, y ambos grupos incorporaron, en adición, el tema de investigación.

Las conclusiones y recomendaciones que se presentan a continuación se derivaron de las ponencias presentadas, así como de las discusiones de grupo.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GENERALES

Si bien América es un mosaico de particularidades, concretadas como diferencias geográficas, sociales, económicas y culturales, la reali-

---

<sup>2</sup> Se incluyen las tres presentaciones en este número de *Educación Médica y Salud*.

<sup>3</sup> Texto del documento incluido en este número de *Educación Médica y Salud*.



dad es que ciertos fenómenos comienzan a gravitar como común denominador sobre el presente de la Región y plantean serios interrogantes sobre la situación de salud futura de la población en general y, en particular, de la población adulta y anciana de esa inmensa zona conocida como América Latina.

El crecimiento acelerado de la población, la disminución de las tasas de natalidad, mortalidad y fertilidad y el aumento en la esperanza de vida, han propiciado cambios significativos en la estructura de la pirámide poblacional, caracterizados por un aumento absoluto y relativo de la población adulta y envejeciente.

Por otro lado, las condiciones sociales y económicas han empeorado. Ello se debe a factores estructurales que provienen del pasado, lo mismo que a la congelación de problemas tradicionales de América Latina como el aspecto agrario y su derivado: la brecha cada vez más amplia entre la ciudad y el campo. Especial mención debe hacerse del proceso de acelerado crecimiento de las ciudades, con sus secuelas de descomposición social, desempleo, aumento de los riesgos para la salud y deterioro de la calidad de vida para la mayoría de los grupos poblacionales.

El agotamiento del modelo de industrialización por sustitución de importaciones y crecimiento hacia adentro, reemplazado en muchos países de la Región por modelos de crecimiento hacia afuera y el deterioro en los términos de intercambio comercial, determinaron un crecimiento acelerado de la deuda externa de los países y la subsecuente crisis económica. Se admite que esta situación se encuentra en la base de las grandes desigualdades económicas y sociales de la Región, caracterizadas por la distribución inequitativa del excedente económico que favorece las posesiones desproporcionadas de una minoría, a la par que grandes mayorías viven en condiciones de extrema pobreza y, no en pocos casos, carencia absoluta.

Dentro de este contexto demográfico, social y económico se ha desarrollado la transición en los perfiles de salud, lo que se ha caracterizado en primer lugar por el predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente las cardiovasculares, tumores malignos y otras enfermedades y condiciones propias de la vida moderna, y en segundo lugar por la importancia creciente de altos riesgos para la salud, que se interrelacionan entre sí en complejas redes causales, todo lo cual requiere acciones preventivas en varios niveles.

La heterogeneidad de la Región de las Américas y el acelerado cambio que se está observando en los perfiles de salud de la mayor parte de los países hacen necesario reforzar la capacidad epidemiológica para llegar a diagnósticos de la situación más precisos y mejorar la capacidad para conocer las oportunidades y restricciones que el medio ambiente social presenta en la actualidad. Asimismo, se deben anticipar los posibles escenarios sociales, económicos y de salud que permitan diseñar estrategias

de intervención eficientes y apropiadas para mejorar las condiciones de salud y bienestar del adulto y del anciano.

Lo anterior implica, necesariamente, que los países de la Región deben incorporar a sus planes de desarrollo económico y social, políticas y estrategias claras, orientadas a la promoción y protección de la salud del adulto y del envejeciente. Estas acciones, por muy fundamentadas que sean, se verán limitadas en sus alcances si no están apuntaladas por medidas de orden económico y social. De no hacerse así, América Latina podría estar condenada en el futuro a ser una civilización de marginalidad y mendicidad. Todo lo anterior coexiste con servicios sociales y de salud de baja cobertura y calidad deficiente, lo cual contrasta con la existencia de conocimientos y estrategias de acción más globales y radicales que las actuales.

Con base en las consideraciones anteriores, el grupo admite que la naturaleza del desafío que se debe afrontar en los países de la Región en su intento de mejorar las condiciones del adulto y el anciano y cumplir las metas de SPT/2000 se relacionan, fundamentalmente, con recomendaciones relacionadas con tres aspectos fundamentales:

- La decisión política de considerar el desarrollo económico y social como un proceso armónico y coherente.
- La adecuación histórica de los servicios de atención de salud del adulto y el anciano.
- La formación de los recursos humanos necesarios para cumplir con las políticas, estrategias y objetivos de los servicios de salud y bienestar.

1. En lo que refiere a la *decisión política* es necesario que los gobiernos de la Región consideren seriamente la necesidad de integración de las políticas de salud y bienestar del adulto y el anciano dentro de las políticas de desarrollo global. Aún más importante, que ciertas políticas de desarrollo existentes sean coherentes con el propósito de promover la salud de este grupo poblacional. Existe convencimiento de que no podrán elevarse las condiciones de salud sin una mejora sustancial en los niveles de vida.

2. En el aspecto de *adecuación de los servicios de salud*, resulta claro que la característica fundamental del ambiente social, presente y futuro, es la escasez de recursos frente a demandas siempre crecientes. Existe, por ende, la necesidad de definir prioridades claras para la atención de este grupo.

El grupo considera, asimismo, que la urgencia de formular políticas y programas claros y coherentes es fundamental para la consecución de estos objetivos.

En la medida que la planificación estratégica sea un instrumento que pretenda establecer un nexo de equilibrio entre propósitos, me-

dios y restricciones, así como oportunidades, ella constituirá un instrumento válido para el cumplimiento de las metas propuestas. Este instrumento, la planificación estratégica, deberá superar la contradicción existente entre planificación y programación. La presupuestación tendrá que ser, por necesidad, elemento de prioridad a nivel local y nacional.

Resulta importante, además, considerar las necesidades actualizadas, técnica y políticamente, y el evitar la atomización que caracteriza a la Región, evidenciada por la existencia de múltiples agencias de diverso origen jurídico y que ofrecen, a su vez, servicios varios con coberturas igualmente variadas, lo que menoscaba la eficiencia de los ya limitados recursos disponibles.

El grupo considera que la estrategia más adecuada tiene que ser la coordinación y cooperación en la búsqueda de finalidades comunes. Los sistemas de atención a los adultos y ancianos podrían progresivamente integrarse, a través de subsistemas comunes, tales como el establecimiento de formas de atención, manejo de información y un mecanismo de inversiones programadas. También resulta conveniente, como estrategia de acercamiento, el trabajo compartido con base en convenios y/o contratos para la utilización conjunta de los recursos de infraestructura. Esto evitará duplicaciones y ampliará la cobertura, mejorando así la eficiencia en la utilización de los recursos.

3. En lo que concierne a la *formación de recursos humanos* se puntualizó que si la Región quiere afrontar el desafío que se plantea en el área de atención a adultos y ancianos, tendrá que introducir cambios fundamentales en la formación de recursos humanos. Se proponen las siguientes ideas:

- a) Se debe enfocar el proceso salud-enfermedad del adulto y el anciano como un proceso que se inicia desde la concepción misma y dentro de una "reciprocidad de perspectivas" entre las ciencias del hombre y lo biológico. El fomento del trabajo multi e interdisciplinario, orientado en la perspectiva de la problemática propia de cada país y el trabajo docente-investigativo y de servicio sobre proyectos comunes, pueden ser estrategias fecundas en la búsqueda de una mayor integración de las ciencias básicas y las ciencias clínicas. La participación de la comunidad y de la familia en la definición de prioridades y la adopción de estrategias resulta ineludible.
- b) El propio enfoque inter-disciplinario del proceso salud-enfermedad del adulto y el anciano posibilita el cambio en las actitudes de los docentes, en la medida en que se considere el asunto de una forma humanística y total.
- c) Es necesario revisar el objetivo de la enseñanza de las ciencias básicas, con el propósito de asegurar que se dote al educando

- del lenguaje necesario para la comprensión del proceso de salud-enfermedad como uno de naturaleza biopsicosocial y no la formación de especialistas en las ciencias básicas y sociales.
- d) Lo anterior debe posibilitar el desarrollo de una metodología de trabajo interdisciplinario, teniendo en cuenta la “reciprocidad de perspectivas” entre las ciencias básicas, sociales y biológicas. Ello debe convertirse en la base para la reforma de los planes de estudio, orientados a la formación y educación para el futuro, los que deben contemplar tanto al personal de salud, como a la comunidad usuaria de los servicios. Particular importancia reviste el reconocer en ese proceso la unidad y diversidad de las ciencias del hombre.
  - e) Es urgente que los servicios de salud del adulto y el anciano adopten un método de evaluación, tanto del cumplimiento de las políticas, estrategias, objetivos y metas, como de la calidad del producto ofrecido a la población usuaria.
  - f) La investigación debe adquirir un papel fundamental en el diseño, implementación y evaluación de estrategias más globales de promoción y protección de la salud del adulto y el anciano. Es indispensable estimar, en escala limitada, la validez, efectividad y eficiencia de las metodologías de acción, antes de su aplicación al ámbito nacional.
  - g) Se considera como estrategia fundamental para mejorar la atención de adultos y ancianos, la educación permanente no solo del personal de salud, sino también de la población que envejece.

## **RECOMENDACIONES ESPECIFICAS PARA PUERTO RICO**

La situación demográfica y de salud de Puerto Rico revela una proporción importante y creciente de la población mayor de 60 años de edad y de las enfermedades o daños no transmisibles. Las siguientes recomendaciones específicas a la situación de Puerto Rico fueron destacadas por los grupos de discusión.

### ***Decisión política***

Aprovechar la experiencia vivida por la Comisión de Gericultura en la elaboración del Plan de Acción de la Oficina de Asuntos para la Vejez del Estado, recientemente creada, cuidando que el nuevo plan concilie coherentemente los aspectos pertinentes de tipo legal, reglamentario, presupuestario y programático.

### ***Servicios***

Utilizar al máximo las experiencias nacionales con base comunitaria y enfoque poblacional, para implantar acciones integrales de promoción y protección de la salud del adulto y del anciano, poniendo particular énfasis en la articulación con el Programa de Medicina de Familia.

En la búsqueda de tal enfoque integral, debe promoverse la articulación de las diferentes agencias que actualmente brindan servicios al adulto y al anciano, a fin de incrementar la eficiencia y efectividad de las acciones. El desarrollo de proyectos colaborativos y un mayor énfasis en los grupos de mayor riesgo es central a este propósito.

El desarrollo de hogares para el cuidado de los ancianos debe ser apropiado a las condiciones culturales de la población de Puerto Rico. Esto constituye un área de estudio y evaluación cuidadosos.

La comunicación-información-educación debe orientarse a todos los grupos de edad de la población, utilizando fundamentalmente los medios de comunicación masiva.

### ***Docencia***

La Escuela de Salud Pública y las Escuelas de Medicina deben adecuar la enseñanza en epidemiología y administración a la problemática discutida, en el contexto de la revisión de sus marcos curriculares: conceptual, referencial, metodológico y estructural.

Debe promoverse el desarrollo de la articulación docente-asistencial como una estrategia fundamental para reformular y reforzar las actividades docentes, y utilizarse al máximo la enseñanza de geriatría y gerontología, cuidando que sea coherente con los objetivos y metas del plan de acción del Estado.

El Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico debe contribuir en la educación permanente de los trabajadores de salud y en la educación de la población en general, incluyendo a la población envejeciente.

### ***Investigación***

La Escuela de Salud Pública y las Escuelas de Medicina deben promover el desarrollo de áreas de demostración donde las estrategias y métodos fundamentales del programa nacional sean ensayados previamente a su incorporación formal a mayor escala. El modelo de atención comunitario en el Municipio Gurabo, desarrollado por el Programa de Medicina de Familia con la colaboración de la OPS, u otros modelos similares, serían convenientes para tal fin.

### ***Gestión***

El grupo de trabajo reconoce que se está en una coyuntura propicia de gestión colaborativa e integrada de los distintos sectores. El que la recién creada Oficina para los Asuntos de la Vejez dependa directamente de la Oficina del Gobernador del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, sin duda redundará en un clima adecuado para alcanzar estos objetivos.

### **RECOMENDACIONES ESPECIALES**

El grupo recomienda, finalmente:

- Que se identifiquen los mecanismos apropiados para que la OPS pueda seguir brindando la cooperación técnica necesaria para asegurar el cumplimiento de las acciones propuestas.
  - Que se explore y utilice la potencialidad que ofrece Puerto Rico como puente, para fortalecer y dinamizar el diálogo entre los países de la Región de las Américas, en el área específica de la salud y bienestar del adulto y del anciano.
-

# SALUD DEL ADULTO EN AMERICA LATINA. SITUACION ACTUAL Y PERSPECTIVAS<sup>1</sup>

*Eliás Anzola Pérez*<sup>2</sup>

---

## LA SITUACION DEMOGRAFICA

El logro de la meta de salud para todos en el año 2000 exige cambios sociales y económicos de gran alcance e importancia y requiere que se examine cuidadosamente el escenario probable de los próximos 10 a 15 años.

Los aspectos demográficos de este escenario para los países en desarrollo de América Latina y el Caribe se caracterizan por un intenso crecimiento de la población, rápida urbanización, fuerte tendencia decreciente de la fertilidad y un incremento de la esperanza de vida al nacer (1).

La población total en América Latina y el Caribe se duplicará durante el período de 30 años que va desde 1970 al año 2000, de 282.7 millones a más de 600 millones de habitantes (cuadro 1). La población urbana se triplicará en el mismo período (cuadro 2) y la población rural crecerá en cifras absolutas pero con menor intensidad, de 120 a 150 millones de habitantes. La población urbana equivaldrá en el año 2000 al 63,7% de la población total en comparación con el 49% en 1970 (2).

Paralelamente a este crecimiento y concentración de la población se espera una fuerte tendencia decreciente de la fertilidad y un aumento en la esperanza de vida. Para el año 2000, se prevé un descenso de la tasa de natalidad por cada 1000 habitantes: en América Latina 18%, en el Caribe 35% y en América del Norte (Canadá y Estados Unidos de América) 10% (cuadro 3); mientras tanto, la tasa de mortalidad disminuirá 36% en América Latina y 18% en el Caribe y aumentará 7% en América del Norte (cuadro 4).

---

<sup>1</sup> Tema presentado en la Primera Conferencia Ibero-Panamericana de Escuelas de Salud Pública, Gran Encuentro Ibero-Panamericano de Salud Pública, San Juan, Puerto Rico, 31 de julio-5 de agosto de 1988.

<sup>2</sup> Asesor Regional, Programa de Salud del Adulto, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC.

**CUADRO 1. Región de las Américas. Estimaciones de la población, 1970-2000<sup>a</sup>.**

	Población (millones)			
	1970	1980	1990	2000
Región entera	509,1	614,8	748,9	897,7
América Latina y el Caribe	282,7	368,5	478,4	608,1
América del Norte	226,4	246,3	270,5	289,6

<sup>a</sup> Naciones Unidas, División de Población, 1979.

**CUADRO 2. Región de las Américas. Estimaciones de la población urbana, 1970-2000<sup>a</sup>.**

	Población urbana (millones)		Porcentaje población total	
	1970	2000	1970	2000
Región entera	329,7	690,0	64,8	76,9
América Latina y el Caribe	161,7	439,8	49,0	63,7
América del Norte	167,9	250,1	74,2	86,4

<sup>a</sup> Naciones Unidas, División de Población, 1979.

**CUADRO 3. Región de las Américas. Tasas brutas de natalidad por 1000 habitantes, 1970-2000<sup>a</sup>.**

	1970-1975	1995-2000	Cambio (%)
América Latina	35,4	29,7	-18
Caribe	30,1	19,6	-35
América del Norte	15,8	14,2	-10

<sup>a</sup> Adaptación de: *Salud para todos en el año 2000. Estrategias*. Documento Oficial 173. OPS, 1980.

Si las suposiciones sobre las tendencias de la mortalidad resultan acertadas, se prevé que para el año 2000, en América Latina y el Caribe 26 países alcanzarán una esperanza de vida de 65 años o más y en 19 de estos la esperanza de vida al nacer será de 70 años o más. Únicamente un país tendrá una esperanza de vida de menos de 60 años (cuadro 5).

En lo que se refiere a la estructura por edades de la población prevista para el año 2000 en América Latina, 220 millones de personas (37% de la población) tendrán menos de 14 años y 350 millones (58% del



**CUADRO 4. Región de las Américas. Tasas brutas de mortalidad por 1000 habitantes, 1970-2000<sup>a</sup>.**

	1970-1975	1995-2000	Cambio (%)
América Latina	9,4	6,0	-36
Caribe	7,2	5,9	-18
América del Norte	9,2	9,8	+7

<sup>a</sup> Adaptación de: *Salud para todos en el año 2000. Estrategias*. Documento Oficial 173. OPS, 1980.

**CUADRO 5. Región de las Américas. Esperanza de vida al nacer (31 países), 1965-2000<sup>a</sup>.**

	1965-1970	1995-2000	Año 2000	
			No. países 65 años y más	No. países 70 años y más
Región entera (31)	64,9	71,1	28	21
América Latina (21)	60,0	70,4	18	11
Caribe (8)	66,7	73,2	8	8
América del Norte (2)	70,6	72,5	2	2

<sup>a</sup> Naciones Unidas, División de Población, 1979.

total) estarán entre los 15 y los 64 años de edad. El envejecimiento de la población es notable en América del Norte, donde la población mayor de 65 años sobrepasaba el 11% del total en 1980 y será de 12,1 en el año 2000. En América Latina, el porcentaje de población mayor de 65 años en 1980 y previsto para el año 2000, es de 4,0 y 4,6, respectivamente. En términos relativos, el aumento de únicamente 0,6% en 20 años puede parecer que no reviste una importancia particular, pero en cifras absolutas representa pasar de 14 millones a más de 27 millones de individuos. Además, si se considera el grupo de más de 45 años, edad a partir de la cual aumenta notoriamente la aparición de enfermedades crónicas, la población comprendida en ese grupo en América Latina aumentará 1,4%, pasando de 15,9 a 17,3% de la población total, lo que representa un crecimiento de 46 millones de personas.

Esta situación plantea algunos problemas importantes para el sector salud de los países en vías de desarrollo de nuestra Región. Todos ellos han destacado como poblaciones vulnerables aquellas que viven en extrema pobreza en las áreas rurales y urbanas y, especialmente, los niños menores de cinco años y las madres. Por otra parte, los países con una tendencia marcada al envejecimiento se han visto obligados a reconocer a

los adultos y ancianos como grupo también prioritario. Obviamente, las estrategias para la atención de este grupo difieren debido a sus necesidades particulares. Con la edad aumenta el número de personas con problemas de salud, en especial padecimientos crónicos que producen incapacidades, con una mayor demanda de servicios en los niveles más complejos de atención. Esto trae consigo la amenaza de un aumento de los costos en servicios de salud y seguridad social.

En consecuencia, los complejos aspectos asociados con el aumento de la proporción de personas adultas y ancianas obligan a identificar, investigar y ejecutar estrategias innovadoras para lograr la mayor eficiencia y eficacia de los servicios (3).

## LA SITUACION EPIDEMIOLOGICA

Los cambios demográficos descritos anteriormente, junto con otros factores de tipo sociocultural ligados mayormente a los procesos de urbanización e industrialización, que juegan un papel importante en los patrones de enfermedad (4), están incidiendo ya y continuarán modificando las situaciones epidemiológicas de los países de la Región. A pesar de la complejidad que presenta la descripción de los perfiles de salud de los diferentes países y poblaciones, la información disponible resalta la importancia creciente que están adquiriendo los estados de salud, riesgos y daños vinculados con la atención de salud del adulto.

Las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de defunción en 31 países de la Región. Los tumores malignos ocupan el segundo lugar como causa de muerte en América del Norte, el Caribe, América del Sur Templada, Colombia, Costa Rica y Cuba. Los accidentes figuran dentro de las primeras causas de muerte en todos los países, especialmente los de tránsito, con tasas de mortalidad de hasta 37 por 100 000 habitantes (5) y la diabetes mellitus aparece también dentro de las primeras causas en varios países de las diferentes subregiones (6).

Otras condiciones y daños como las enfermedades mentales, suicidios y otras violencias, trastornos neurológicos del anciano, el consumo exagerado de alcohol y drogas y una gama de factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles (como el hábito de fumar, la dieta inadecuada y la obesidad) ocupan un lugar cada vez más importante en la morbilidad de algunos países. La farmacodependencia constituye un gran problema social en las áreas urbanas de la mayoría de los países. La obesidad y el hábito de fumar se han destacado como factores de riesgo importantes en la salud de las poblaciones de los países de América del Norte, del Caribe y del Cono Sur.

La medición de la magnitud de estos problemas escapa a las prácticas utilizadas rutinariamente por el sector salud, de modo que para

conocer su real impacto se requiere de otras aproximaciones, muchas de ellas indirectas y que no fluyen de la información rutinaria. Es el caso de las tasas de ausentismo laboral y de incapacidad por condiciones crónicas y secuelas de accidentes y violencias; índices de venta y consumo de alcohol y cigarrillos; tasas de deserción escolar; trastornos de personalidad y adicción a drogas; indicadores sociales y culturales que identifiquen situaciones críticas de tensión; consumo promedio de calorías, grasas y proteína animal de los diferentes grupos de población, etc. Es necesario, en consecuencia, tomar en consideración todos estos indicadores e índices para completar el conocimiento epidemiológico de un programa de salud para los adultos y ancianos.

La situación se hace aún más compleja si se tienen en cuenta las grandes diferencias que existen en el continente, entre subregiones, entre países y aún dentro de un mismo país, determinadas por factores socioeconómicos, culturales, geográficos y biológicos. Esto constituye un desafío para epidemiólogos y planificadores cuando se trata de definir prioridades.

La información sobre primeras causas de muerte en los grandes conglomerados de países que forman las subregiones demuestra que los lugares prominentes son ocupados por las enfermedades del corazón y los tumores malignos en ambos sexos; los accidentes en los hombres, y la enfermedad cerebrovascular en las mujeres.

Si se contrastan las causas de muerte en dos grupos de países con condiciones socioeconómicas y demográficas diferentes como son Mesoamérica Continental (Centro América, Panamá y México) y América del Sur Templada (Argentina, Chile y Uruguay) —admitiendo que en Mesoamérica Continental hay diferencias importantes entre los países, lo cual la hace menos homogénea que la subregión del Cono Sur— se observa, en primer lugar, que en los adultos de 25 a 44 y de 45 a 64 años, las principales causas de muerte varían de un sexo a otro tanto en proporción como en la magnitud de sus tasas. Así, por ejemplo, los accidentes y muertes violentas en hombres muestran gran exceso con respecto a las mujeres; la cirrosis hepática tiene gran magnitud entre los hombres en Mesoamérica, mientras que los tumores malignos tienen, por el contrario, más relevancia entre las mujeres. En el grupo de 65 años y más, en cambio, no hay mucha diferencia en los primeros lugares de muerte entre hombres y mujeres y las semejanzas entre subregiones son más notorias en cuanto al orden de causas. El segundo hecho interesante de este contraste es la diferencia en la magnitud de algunas causas de muerte entre subregiones. Si bien las enfermedades del corazón ocupan el primer lugar en frecuencia en hombres de 45 a 64 años en las dos subregiones, la tasa de los países del Cono Sur es tres veces la tasa de Mesoamérica. Igual comentario podría hacerse para los tumores malignos. La diabetes mellitus presenta un comportamiento singular, pues parece predominar en los países

de Mesoamérica, especialmente en las mujeres, contrario a lo que se observa para otras enfermedades crónicas no transmisibles en la misma subregión y a lo esperado en el Cono Sur, donde la importancia de las enfermedades ha sido más reconocida.

En el plano de la comparación interpaíses, se pueden detectar otras diferencias en relación con el comportamiento de algunas enfermedades. Así, por ejemplo, dentro del grupo de las enfermedades cardiovasculares, la enfermedad isquémica del corazón tiene mayor peso en la mortalidad en la Argentina, Cuba y Trinidad y Tabago, mientras la enfermedad hipertensiva es responsable de un exceso de mortalidad en los países del Caribe de habla inglesa y en Colombia.

Otro aspecto que ilustra el tema es la ocurrencia de cáncer en las mujeres de América Latina. Si se clasifican los países de la Región de acuerdo con el patrón de distribución de las muertes debidas a cáncer del cuello uterino, otras partes del útero y cáncer de mama, se pueden apreciar tres categorías según la frecuencia relativa que predomine: países con mayor proporción de cáncer del cuello uterino, países con mayor proporción de muertes por cáncer de mama y países con proporción similar de muertes por cáncer del cuello uterino y de mama. Se destaca que la mayoría de los países de América Latina y del Caribe caen en la primera categoría, donde es notorio el exceso de muertes por cáncer del cuello uterino.

Los datos disponibles sobre otras enfermedades crónicas, como la enfermedad isquémica del corazón, el cáncer del pulmón, el cáncer del intestino grueso y de mama muestran un predominio definido en los países con indicadores de mayor nivel socioeconómico, en contraste con la distribución del cáncer del estómago y el cáncer de cervix, de predominio en la mayor parte de países de América Latina y el Caribe de menor nivel socioeconómico (7).

De igual manera, entre los tumores malignos se pueden identificar patrones de distribución geográfica de algunas localizaciones primarias y tipos histológicos de cánceres, muy particulares. Se resalta el alto riesgo para cáncer del estómago de tipo intestinal —entre el más alto del mundo— en Colombia, Costa Rica, Chile y Venezuela (8). El cáncer de la vesícula biliar presenta una interesante distribución de alto riesgo en Bolivia y en México (9), lo cual es objeto de una investigación que se efectúa actualmente, con la colaboración de la OPS.

En el cuadro 6 se muestran las primeras causas de muerte de dos países del Cono Sur expresadas en términos de años de vida potencial perdidos (AVPP). En el Uruguay tienen mayor peso las muertes por enfermedades del aparato circulatorio y el cáncer; en Chile los accidentes y la cirrosis del hígado son responsables de un porcentaje importante de años de vida potencial perdidos.

La información sobre morbilidad, proveniente de las encuestas

**CUADRO 6. Años de vida potencial perdidos (AVPP), 1-65 años de edad, ambos sexos. Chile y Uruguay.**

Causa*	AVPP	No. Orden	Porcentaje
CHILE 1980			
Accidentes	167.331	1	26,9
Tumores malignos	76.550	2	12,3
Enfermedades del corazón, hipertensivas e isquémicas del corazón	48.761	3	9,5
Todas las enfermedades infecciosas y parasitarias	42.663	4	6,8
Cirrosis del hígado	37.949	5	6,1
URUGUAY 1979			
Accidentes	31.457	1	22,4
Tumores malignos	30.358	2	21,6
Enfermedades del corazón, hipertensivas e isquémicas del corazón	26.573	3	18,9
Todas las enfermedades infecciosas y parasitarias	7.934	4	5,6
Cirrosis del hígado	5.802	5	4,1

\* Clasificación internacional de enfermedades, 9a. Edición.

FUENTE: Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias, OPS.

nacionales de morbilidad y de las encuestas de prevalencia específica, así como de los registros de incidencia de cáncer, documentan también la importancia y prioridad de las enfermedades predominantes de los adultos. La hipertensión arterial se coloca entre las primeras por su elevada magnitud y amplia distribución. Los datos disponibles confirman tasas de prevalencia del orden del 10 al 15% en los adultos de los diferentes países (10). La diabetes mellitus muestra una mayor variabilidad y la información existente permite inferir que su prevalencia varía entre 2% y 8% en poblaciones adultas de la Región (11).

El grupo de enfermedades reumáticas crónicas ocupa la atención de los servicios de salud en algunos países por la gran carga de asistencia médica que requieren. Este es el caso de Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, México, Uruguay y Venezuela. Así lo demuestra la información disponible, proveniente del estudio descriptivo colaborativo interpaíses coordinado por la OPS y que se concluyó recientemente (12).

Algunos datos sobre causas y magnitud de incapacidades y ausencias laborales, refuerzan la información sobre la importancia de las enfermedades crónicas degenerativas. Por ejemplo, en el Brasil, las tres principales causas de incapacidad en asegurados urbanos del Instituto Na-

cional de Previsión Social, en 1978, fueron hipertensión arterial, osteoartrosis y neurosis (13). En el Uruguay, la Encuesta Nacional de Salud Familiar de 1982 mostró la magnitud de los problemas de las discapacidades según grupos etarios.

La distribución geográfica de los problemas que nos ocupan adopta también diferencias intrapaíses. Así, por ejemplo, en los países ya mencionados de alto riesgo para cáncer del estómago, hay localizaciones geográficas claramente definidas de alto y bajo riesgo. El cáncer del esófago se presenta con un riesgo alto en las poblaciones del sur del Brasil, Uruguay y el norte de Argentina (14). En el Perú, la hipertensión arterial y la cardiopatía coronaria tienen una prevalencia mucho mayor en las poblaciones de la costa, en comparación con las de las grandes alturas (15). En Colombia, también se han documentado diferencias en la frecuencia de estas enfermedades entre regiones del país (16).

En resumen, la evidencia epidemiológica permite identificar dos grandes tendencias:

- Transición del predominio de la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias al de las enfermedades crónicas no transmisibles; especialmente, las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos.
- Aumento progresivo de la morbilidad por patologías propias de la vida moderna y de la importancia de factores de alto riesgo para la salud que se interrelacionan entre sí en complejas redes causales, todo lo cual requiere de acciones preventivas en varios niveles.

La heterogeneidad de la Región y el acelerado cambio que se está observando en los perfiles epidemiológicos de la mayor parte de los países, hacen necesario reforzar tanto la capacidad epidemiológica de los problemas de salud para llegar a diagnósticos de situación más precisos, como el desarrollo de las acciones programáticas adecuadas para los adultos y personas de edad avanzada.

El análisis de los múltiples factores que determinan la salud del adulto impone un compromiso serio para los organismos nacionales de salud. La naturaleza variada de los factores de riesgo, algunos de ellos determinados genéticamente y otros presentes desde edades tempranas, destaca la necesidad de una intervención constante sobre dichos factores durante toda la vida del individuo, mediante actividades integradas en todos los niveles del sistema de salud y progresivamente articuladas a las de otros sectores económicos y sociales.

## NECESIDADES SOCIALES

La recesión económica puede afectar la salud directamente al incrementar las posibilidades de accidentes, enfermedades y muerte o, indirectamente, al limitar la capacidad para abordar los problemas de salud existentes o sus factores determinantes a medida que se reducen los recursos. Este efecto indirecto puede relacionarse con cualquier afección en la que las personas o los gobiernos normalmente gastan recursos con fines de prevención o combate. El efecto directo, sin embargo, no incide en muchas afecciones —la incidencia y prevalencia de diversas clases de cáncer son independientes de las circunstancias económicas en el corto plazo— es ambiguo en otras, como los accidentes industriales, pero puede ser fuerte e inmediato en condiciones como la malnutrición y ciertas clases de trastornos mentales y sociales.

En lo que se refiere a los efectos indirectos, los principales mecanismos son la disminución del ingreso familiar e individual y la reducción del presupuesto público para la salud. Pueden surgir importantes efectos secundarios debido a la reducción de importaciones; por ejemplo, los medicamentos pueden convertirse en artículos costosos o difíciles de obtener en comparación con otros insumos médicos. Mientras la recesión afecte el equilibrio entre los ingresos, la eficiencia del uso de los recursos decaerá y la prestación real de servicios disminuirá mucho más de lo que dan a entender las cifras presupuestarias solamente.

Los presupuestos del sector de la salud de ordinario se reducen ante las presiones de reajuste interno a las crisis. Siempre que ello se logre reduciendo la inversión, los servicios existentes pueden mantenerse a corto plazo. La inversión en servicios sociales, incluida la salud, generalmente se reduce en forma más acusada que otras clases de inversión.

El efecto estrictamente presupuestario de la crisis que atraviesan los países de América Latina ha variado mucho de un país a otro, lo que subraya las diferencias en la severidad del ajuste y en la respuesta de los gobiernos cuando se trata de proteger o sacrificar el gasto social.

En varios países, el gasto per cápita en salud pública en 1983 y 1984 fue aproximadamente igual al de 1980; por lo general después de un incremento en 1981 ó 1982 o antes de que se iniciara la crisis.

Muy pocos países han logrado un incremento real del gasto después de 1982. Para la mayoría de los países restantes, la crisis y la recesión han significado una reducción definitiva, tarde o temprano, de los recursos reales gastados en atención de salud (17).

En todo caso, se acepta que a los indicadores tradicionales para estimar el nivel de salud de las poblaciones se deben agregar otros que revelen los desajustes de los miembros de las sociedades. Entre ellos destacan: el nivel de desempleo, los bajos ingresos, la pobreza crítica, la malnutrición, la falta de vivienda apropiada, la no disponibilidad de agua pota-

ble, los bajos niveles de educación y de preparación laboral, las tensiones y rompimientos familiares, la migración del medio rural a las ciudades, la violencia, la tensión, el abuso de alcohol y drogas, la exagerada dependencia económica de niños y ancianos, etc.

En relación a la malnutrición, el Dr. Abraham Horwitz (18) refiere que la naturaleza de las enfermedades que afectan por lo común a los ancianos, obliga a una terapéutica a base de diversos medicamentos que se mantiene por largo tiempo y que incluye, entre los efectos adversos de los mismos, los que se relacionan con la alimentación y la nutrición, sea porque modifican el apetito o la movilidad gastrointestinal, inactivan las enzimas digestivas, interfieren con la absorción de nutrientes, lesionan la mucosa intestinal o alteran la utilización y el metabolismo de los nutrientes. A su vez, los alimentos y componentes de los mismos pueden interactuar con los medicamentos de manera diversa. El efecto general es una reducción de la biodisponibilidad del fármaco, por una menor absorción y concentración en la circulación. Además, pueden alterar la distribución, el metabolismo y la excreción de los medicamentos.

Resulta difícil definir la situación alimentaria y nutricional en las Américas y trazar su evolución a través del tiempo, especialmente por la carencia de sistemas de vigilancia alimentaria y nutricional que permitan el estudio sistemático de indicadores confiables en los diferentes grupos de población. Para el período 1981-1982 el promedio de ingesta calórica per cápita, en la mayoría de los países de América Latina osciló entre 2000 y 2900 calorías, con un país (Haití) por debajo de 2000 y tres (Argentina, Barbados y Trinidad y Tabago) por encima de 3000. Como dato comparativo, Canadá alcanzó 3300 y Estados Unidos 3600.

En disponibilidad de proteínas, la mayoría de los países estuvo entre 50 y 90 gramos, con tres países (Ecuador, Haití y República Dominicana) con cifras menores de 50 g y tres (Argentina, Bermuda y Guyana Francesa) con valores entre 95 y 113 g. Para comparación, Canadá alcanzó 98 y Estados Unidos 105 g.

En general, en materia de diagnóstico nutricional, el problema más serio es el de desnutrición proteino-energética. Los estudios más confiables en América Latina se refieren a menores de cinco años. En una encuesta reciente en 12 países latinoamericanos, la prevalencia de peso bajo para la edad (desnutrición global) osciló entre 5,1% en Dominica y 46,8% en Haití. La frecuencia de talla baja para la edad (9 países) osciló entre 6,4% para Costa Rica y 59,7% para Guatemala. Por último, la frecuencia de peso bajo para la talla (7 países) estuvo entre 1 y 6%.

Por supuesto, estos valores no están directamente aplicados al adulto, pero ellos revelan, en cierta forma, las condiciones nutricionales de los futuros adultos de la Región.



## CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

Los problemas relacionados con la salud del adulto tienen un sentido biográfico: se encuentran sus raíces antes de la concepción y a lo largo de la vida del individuo, aún cuando en términos de daños se concentren en este grupo de edad algunas condiciones mórbidas relativamente específicas.

Los factores de riesgo asociados con estos daños se están haciendo presentes cada vez con mayor intensidad en los países de la Región. Se destaca, en consecuencia, una importante estrategia de prevención, ya sea a través de la identificación de individuos susceptibles al riesgo o del control de los factores determinantes de las tasas de incidencia en la población. Los estilos de vida, las conductas autodestructivas, como el consumo de tabaco y alcohol y otros factores psicosociales que determinan el estado de salud general, la exposición a contaminantes ambientales, etc., adquieren así una considerable dimensión en la prevención primordial y primaria. Pero, igual importancia adquiere la prevención secundaria y terciaria de las enfermedades que siguen produciendo discapacidades y aún tasas altas de mortalidad en los países en desarrollo de la Región, a pesar que existen para ellas medidas eficaces de control. Es el caso, por ejemplo, de la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la cardiopatía reumática, el cáncer cérvico-uterino, la mayor parte de los casos de ceguera, etc.

La naturaleza de los problemas que enfrenta la atención de salud del adulto destaca, además, la importancia del área de servicios de salud. La mayor parte de las tecnologías de sus programas de control requieren la intervención de los niveles más especializados y de más alto costo. Por esta razón, se debe conceder especial interés a la racionalización de tales niveles de atención, promoviendo el establecimiento de normas para cada uno de ellos, en el contexto de la atención primaria de salud. Además, se debe propiciar el ensayo de modelos operacionales en servicios de salud, la evaluación de tecnologías y el reforzamiento institucional.

En conclusión, los importantes cambios demográficos, ambientales y de los estilos de vida que está experimentando nuestra Región, señalan cómo el adulto y el anciano están adquiriendo una importancia cada vez mayor como grupos humanos prioritarios. El análisis de tantos hechos asociados con este problema impone un compromiso serio a los organismos de salud nacionales e internacionales, que deberán ir adecuando los limitados recursos existentes para satisfacer estas crecientes prioridades. La Organización Panamericana de la Salud, por su parte, está lista a colaborar con los Gobiernos Miembros en la búsqueda de aquellas soluciones que sean más adecuadas a cada realidad.

## REFERENCIAS

- 1 Organización Panamericana de la Salud. *Salud para todos en el año 2000. Estrategias*. Washington, DC, 1980 (Documento Oficial 173).
- 2 Naciones Unidas. *World Population Trends and Prospects by Country, 1950-2000*. Nueva York, 1979. (Documento ST/ESA/SER.R/33, 1979).
- 3 Blendon R. S. y Rogers D. E. Cutting Medical Care Costs, *JAMA*, 250:4, 1983.
- 4 May J. M. The Ecology of Human Disease. *Annals of the New York Academy of Science*, 84:789-794, 1960.
- 5 Bangdiwala S. y Anzola Pérez E. Accidentes de tránsito. Problema de salud pública en países en desarrollo de las Américas. *Bol Of Sanit Panam*. 103(2):130, 1987.
- 6 Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas, 1977-1980*. Washington, DC, 1982. (Publicación Científica No. 427).
- 7 *Ibid.*
- 8 IARC. *Cancer Incidence in Five Continents. Volume IV*. Lyon, Francia, 1982.
- 9 Conference and Workshop on Cancer Epidemiology in Latin America, Opportunities for Collaborative Research. *Journal of the National Cancer Institute*. 70:979-985, 1983.
- 10 Litvak J., Boffi H., Pisa Z. y Strasser T. International Programs in Blood Pressure Control. *Bull Pan Am Health Organ* 13(4):354, 1979.
- 11 Litvak J. "La diabetes mellitus, un desafío para los países de la Región", *Bol Of Sanit Panam*. 79(4): 281, 1975.
- 12 Organización Panamericana de la Salud. *Informe de la reunión del grupo de estudio asesor sobre el control de las enfermedades reumáticas crónicas*. Washington, DC, 1983.
- 13 Organización Panamericana de la Salud. Perfil y análisis de país. Brasil, 1984.
- 14 Organización Panamericana de la Salud. Datos recopilados en el Programa de Salud del Adulto, Washington, DC.
- 15 Ruiz L. y Peñaloza D. Altitude and Hypertension, *Mayo Clinic Proceedings* 52:442, 1977.
- 16 Restrepo E. Epidemiología de enfermedades cardiovasculares, *Fundamentos de Medicina*. Corporación para Investigaciones Biológicas, Colombia, 1981.
- 17 Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984, Volumen I*. Washington, DC, 1986. (Publicación Científica No. 500).
- 18 Horwitz A. Guías alimentarias y metas nutricionales en el envejecimiento. Washington, DC, 1987. (Documento interno de la Organización Panamericana de la Salud).

# PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD DEL ADULTO EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE <sup>1</sup>

*Luis Ruiz*<sup>2</sup>

---

## INTRODUCCION

La situación de salud de los adultos está asociada directamente a la productividad de las sociedades y al apoyo que estas brindan a sus integrantes, en particular a infantes y ancianos cuyas necesidades, tanto sociales como biológicas, crecen con el aumento de su supervivencia. Estos hechos, entre otros, destacan la importancia de un enfoque integral que promueva la salud de la población adulta, a la vez que reduzca el impacto de los daños mas prevalentes que la afectan. Aunque el adulto puede ser afectado por diversos problemas de salud (infecciosos, gestacionales, ocupacionales, etc.), aquellos de naturaleza no transmisible cobran la mayor prioridad, dado que aumentan progresivamente con la edad, alcanzando su máxima frecuencia en la población anciana.

La promoción y protección de la salud del adulto, en consecuencia, representa un movimiento renovador en la salud pública que, en lo principal, implica acciones educativas y regulatorias y cambios ambientales capaces de aumentar el bienestar y de modificar comportamientos y condiciones de riesgo causalmente asociados con la incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles: cardio y cerebrovasculares, cáncer del pulmón, diabetes, cirrosis y cáncer hepático, injuria por violencias o accidentes, intoxicaciones por metales o químicos, etc. (1-3). El conjunto de actividades que dicho enfoque comprende están inmersas en el contexto de la atención primaria de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) está recomendando y promoviendo un enfoque "integrado" en la prevención y control

---

<sup>1</sup> Tema presentado en la Primera Conferencia Ibero-Panamericana de Escuelas de Salud Pública, Gran Encuentro Ibero-Panamericano de Salud Pública, San Juan, Puerto Rico, 31 de julio-5 de agosto de 1988.

<sup>2</sup> Asesor Regional en Enfermedades Crónicas, Programa de Salud del Adulto, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC.

de estas causas de morbilidad y mortalidad (4), porque sus factores de riesgo mayores están interrelacionados y ampliamente asociados con diferentes categorías de enfermedad. A través de la aplicación creciente de las ciencias del comportamiento a la reducción o prevención de los factores de riesgo y del desplazamiento del foco de las acciones de salud a estadios cada vez más precoces en la historia natural de los daños, se ha obtenido un progreso significativo en el desarrollo de técnicas basadas en la comunidad para influenciar comportamientos y modificar riesgos críticamente asociados a la salud, en poblaciones definidas del Canadá, de los Estados Unidos de América y de Europa (5-8).

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el desarrollo de la promoción y protección de la salud del adulto plantea desafíos —sobre todo operacionales— en torno a la aplicación de los conocimientos teóricos y metodológicos disponibles a las poblaciones extremadamente heterogéneas de América Latina y del Caribe. Entre estas figuran tanto poblaciones donde las enfermedades crónicas no transmisibles son un problema presente, como aquellas donde las enfermedades mencionadas están emergiendo o aún no se han constituido en las primeras amenazas a la salud del adulto; en otras palabras, existen tanto grupos de población en “alto riesgo” de enfermar o morir por estas causas, como otros en transición o aún no “expuestos al riesgo” (9-15).

Para satisfacer los desafíos presentes y futuros, la OPS necesita crear un amplio plan de estímulo y cooperación hacia sus Países Miembros, que facilite planear e implantar programas apropiados de promoción y protección de la salud del adulto en poblaciones urbano-industriales, en transición y tradicionales, en las diferentes naciones y en las diferentes regiones dentro de cada una de ellas. Las consideraciones que siguen describen en forma somera las principales características de tales programas.

## **ACTIVIDADES O PROGRAMAS DE SALUD DEL ADULTO**

La salud del adulto ha recibido hasta aquí poca atención de los sectores públicos, tanto en la definición de prioridades como en la formulación de planes y programas (16, 17). No obstante, la importante demanda de servicios sociales por problemas de salud de este grupo de población ha sido creciente en los últimos años.

Vale la pena mencionar que en Venezuela se creó en 1958 un componente de higiene del adulto, vinculado fuertemente al control de la tuberculosis y de las enfermedades respiratorias ocupacionales. Más recientemente, comienzan a aparecer programas de igual denominación pero orientados a la atención de las enfermedades crónicas (por ejemplo, Cuba y Panamá). Varios países (entre ellos, Argentina, Brasil, Costa

Rica, Chile, Ecuador, México y Venezuela) incorporaron un elemento en su estructura normativa relacionada con las enfermedades crónico-degenerativas. Otros tienen o han tenido dos: uno vinculado a epidemiología —y, en la práctica, supuestamente responsable también por investigación y servicio— y otro a atención a las personas, con funciones definidas como normativas (por ejemplo, Colombia, Cuba, Panamá y Perú). El desarrollo y proyección de estas unidades o departamentos ha sido extremadamente limitada.

En lo que concierne a problemas aislados, el cáncer tiene una presencia más amplia en la Región a juzgar por la existencia de institutos nacionales, hospitales especializados, registros e inclusive programas limitados de control, investigación y capacitación. Las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades mentales han motivado también en menor cuantía similares desarrollos de infraestructura y programas.

A mediados de la década de 1970 comienzan a emerger en la Región programas de prevención secundaria de enfermedades aisladas (tales como: fiebre reumática, hipertensión, diabetes, cáncer de cuello). La monitoría de tales programas, sin embargo, ha mostrado en años recientes que su crecimiento no solo no ha sido el esperado, sino que su nivel —que alcanzó su máximo alrededor de 1980— se ha deteriorado después por múltiples factores. Entre estos se cuentan las limitaciones de recursos, agravadas por la crisis económica regional; la existencia competitiva de otras prioridades, en particular las relacionadas con la población infantil y materna; el creciente envejecimiento de la población, con el subsecuente aumento de la demanda espontánea de servicios sociales y de salud, y el progresivo incremento de la industrialización y de la urbanización, con el aumento asociado de la importancia de los factores de riesgo mayores para dichas enfermedades. Todo ello ha contribuido a que en el momento actual la atención médica sea el componente casi exclusivo de las prácticas del sistema de salud de estos países.

En este panorama, la atención de los daños no transmisibles se realiza sobre todo en los niveles terciario y secundario del sistema, y su prevención y control está virtualmente restringida a la detección y tratamiento precoz de casos de la demanda institucional. Los factores de riesgo son, por lo general, estudiados y eventualmente modificados en unas pocas personas que ya están enfermas, principalmente con propósitos de intentar retardar la evolución de la enfermedad, decidir tratamientos o mejorar o mantener la respuesta a medidas terapéuticas específicas. En todos los casos, la cobertura de las acciones es baja (alrededor de 15% o menos), pero el costo-beneficio potencial de su extensión, obliga no solo a evaluar y racionalizar las acciones recuperativas del sistema de salud sino también a buscar otras alternativas de acción más preventivas o promocionales.

La aparición de nuevas evidencias sobre las ventajas y limitaciones de las intervenciones individual y poblacional en países desarrolla-

dos a comienzos de la presente década (18, 19) y de una tendencia a cambiar la orientación de los programas de enfermedades hacia poblaciones o grupos de población (mujer, trabajador, anciano, adulto), son ingredientes adicionales en el replanteamiento de las políticas, estrategias, planes y programas en este campo.

Algunas experiencias promisorias son, a manera de ejemplo, la educación en salud sobre el hábito de fumar a escolares de Rio Grande do Sul, Brasil —que ha sido evaluada después de más de cinco años de operación— y de Zárate, Argentina; las disposiciones legales y actividades de comunicación social sobre el hábito de fumar en Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Perú y Venezuela; la promoción de la actividad física de la población en Brasil, Cuba y Uruguay; la información/educación sobre alimentación y dieta en varios países; una intervención poblacional de varios factores de riesgo en la zona fronteriza EUA-México, y la perspectiva de áreas de intervención en escala limitada en Brasil, Cuba, Chile, México, Trinidad y Tobago y Venezuela. En los últimos años aparecen programas de salud del adulto preocupados por la intervención de factores de riesgo y la promoción de la salud (Argentina, Costa Rica, Cuba y Chile, entre otros).

## **EL PROGRAMA PROPUESTO**

A manera de referencia se enuncian a continuación las características esenciales, a nuestro juicio, de un programa de promoción y protección de la salud del adulto. La decisión sobre el(los) componente(s) más apropiado(s) a cada espacio-tiempo, deberá ser tomada en el contexto sociocultural, político y operativo de cada realidad particular.

### ***Marco conceptual***

La teoría y acción sobre prevención relaciona enfermedad o daño con causalidad y riesgo. De ahí que las posibilidades de modificar la ocurrencia o progresión de una enfermedad están ligadas al conocimiento de su historia natural.

En este orden de ideas, la prevención terciaria pretende evitar complicaciones, discapacidad, dependencia social y muerte, interviniendo la evolución de la enfermedad avanzada, a través del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. La prevención secundaria persigue bloquear el pasaje de enfermedad precoz a enfermedad avanzada interviniendo con detección temprana y tratamiento adecuado. La prevención primaria se orienta a evitar la ocurrencia de casos nuevos —y por tanto afecta la incidencia— a través del reconocimiento e intervención de los factores de riesgo en individuos de “alto riesgo” o en poblaciones expuestas. La pre-

vención primordial pretende evitar la aparición de los factores de riesgo o de sus causas en poblaciones o subgrupos de población exentos de ellos.

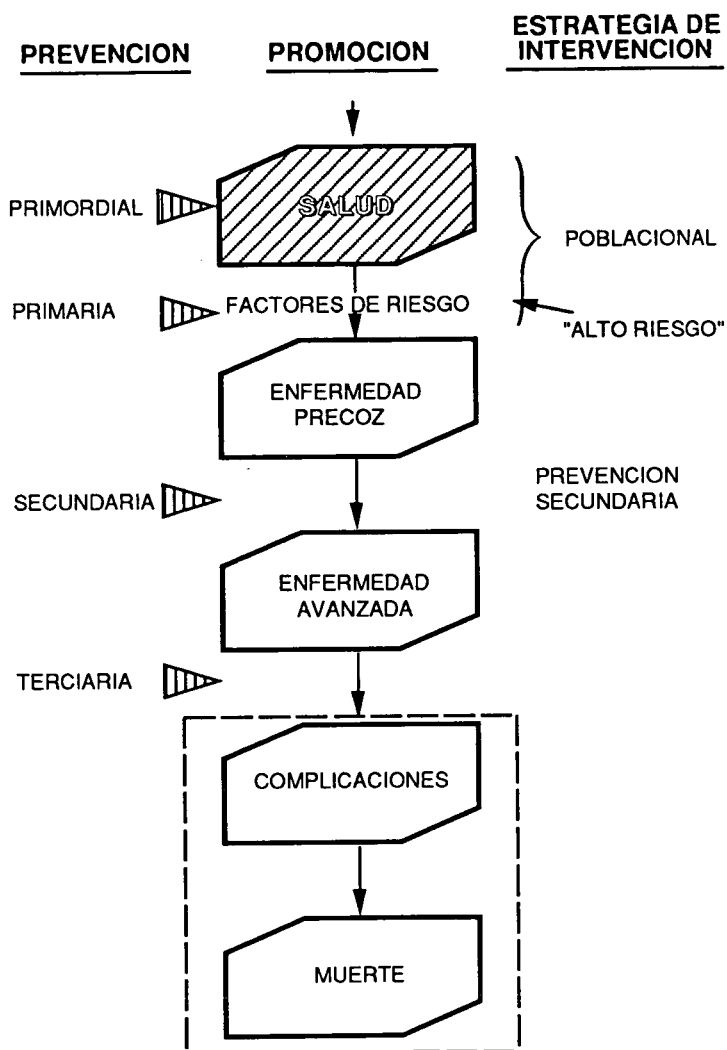
A su vez, la promoción de la salud trata de vincular las condiciones de salud en un momento dado con los factores que favorecen el crecimiento y desarrollo normales, la calidad de la vida y el bienestar de individuos y poblaciones. Puesto que la prevención primordial opera en condiciones de ausencia de enfermedad, puede ser considerada junto con otras medidas de promoción de la salud. Existe reducida conceptualización, desarrollo metodológico y experiencia práctica sobre la aplicación de la promoción de la salud en su sentido más amplio.

En la figura 1 se esquematizan las ideas actuales sobre intervención y acción en relación con un modelo de historia natural de las enfermedades crónicas basado en el propuesto por Morris hace varios años (20). Se destaca el abordaje poblacional (promoción de la salud —incluida la prevención primordial— y prevención primaria), el cual se basa fundamentalmente en la comunicación-información-educación, mecanismos regulatorios, amplios cambios ecológicos y participación social. Merece enfatizar, de un lado, que la promoción de la salud, la prevención primordial y la prevención primaria poblacional son estrategias eminentemente comunitarias y, de otro, que la promoción de la salud y la prevención primordial operan en ausencia de enfermedad y riesgo, mientras que la prevención primaria lo hace en presencia de exposición al riesgo y la prevención secundaria y terciaria en presencia de enfermedad (figura 2). En la figura 3 se representa la idea de que el intervalo de edad de la población objeto es cada vez más amplio hasta alcanzar la población total, a medida que las acciones se orientan progresivamente a intervenir daños, sus causas o factores de riesgo, o los factores que dan origen a dichas causas, o a promover la salud.

El ámbito de la promoción y protección de la salud del adulto, en consecuencia, no está concebido en forma restricta en función de los daños que se presentan en este grupo vulnerable que comprende al adulto y al anciano. Por el contrario, su espectro abarca tanto actividades de cuidado o prevención de daños como de promoción de la salud desde el período prenatal hasta la ancianidad (21).

La naturaleza variada de los factores de riesgo que pueden afectar el perfil de salud de la población adulta, “algunos de ellos determinados genéticamente y otros presentes desde edades tempranas, destaca la necesidad de una intervención constante sobre dichos factores durante toda la vida del individuo, mediante actividades integradas en todos los niveles del sistema de salud y progresivamente articuladas a las de otros sectores económicos y sociales (21)”. Ello resalta la necesidad de su integración con esfuerzos de igual naturaleza orientados a otros grupos de población (niño, escolar, adolescente, madre, etc.).

**FIGURA 1. Niveles de acción en salud e historia natural de las enfermedades crónicas.**



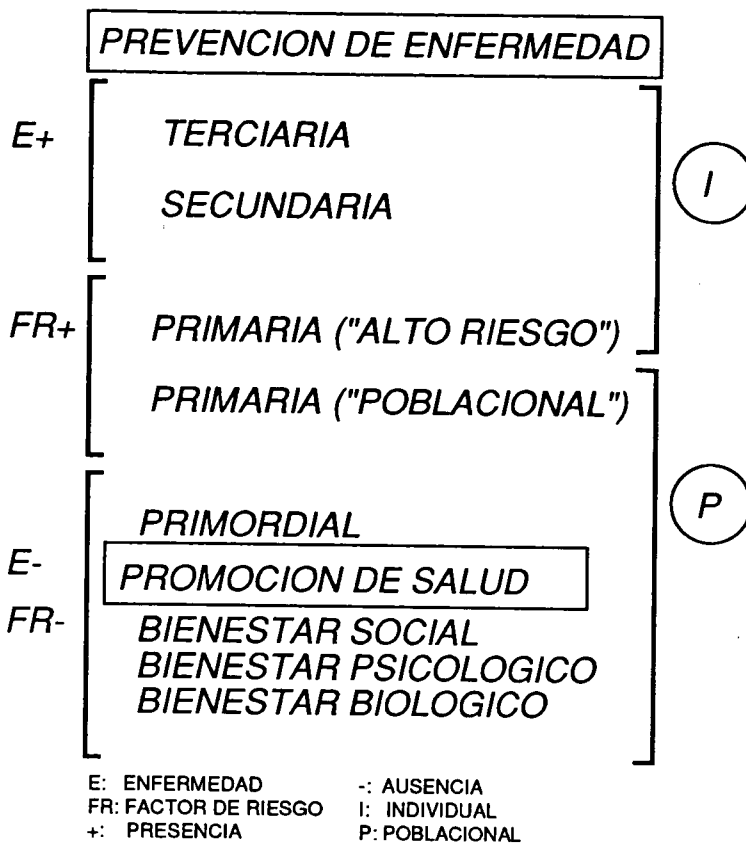
**Propósitos y objetivos**

**Propósitos:**

- Contribuir a elevar el nivel de salud de la población adulta.
- Prevenir los daños más prevalentes en la población adulta y los factores de riesgo que los determinan.



FIGURA 2. Estrategias de acción.



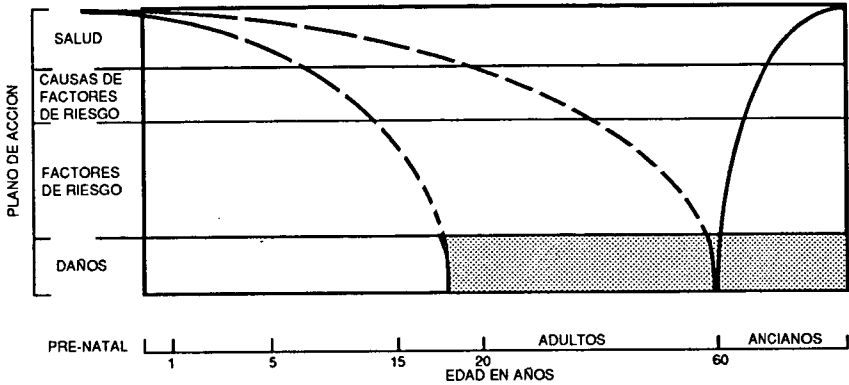
Objetivos de largo plazo:

- Contribuir a aumentar el bienestar biológico, psicológico y social de la población adulta.
- Reducir la morbi-mortalidad debida a los daños más prevalentes, por ejemplo: enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedades reumáticas, respiratorias y nefrológicas crónicas, accidentes y enfermedades ocupacionales.

Objetivos intermedios:

- Reducir la magnitud del hábito de fumar, de la ingesta de grasa y sal y del consumo de alcohol y drogas, así como aumentar la

**FIGURA 3. Intervalo de edad de la población objeto segun el plano de las acciones de salud.**



ingesta de fibra, frutas y vegetales y los patrones de ejercicio físico.

- Reducir la importancia de los factores de riesgo ambientales (hogar, escuela, trabajo).
- Aumentar la cobertura y eficacia de la detección y tratamiento temprano de los daños más prevalentes en la población adulta.
- Disminuir la discapacidad que determinan dichos daños en sus estadios más avanzados.

### **Estrategias**

Un programa de salud del adulto es en esencia un programa integrado, dirigido a la población, con énfasis en la promoción de la salud y en la prevención de daños. Su formulación debe ser primariamente funcional y secundariamente infraestructural, y su implementación debe reposar en un esfuerzo multidisciplinario y multisectorial y en la participación social.

Como los resultados solo pueden ser observados en el mediano y largo plazo, se requiere un enfoque de planificación estratégica y los necesarios elementos de vigilancia y monitoría. La búsqueda del aumento de eficiencia y de la equidad a través del programa, debe ser el elemento conceptual más importante.

Las estrategias de atención primaria de salud y de integración son centrales para el logro de los varios objetivos del programa (14, 21).

*Lineas de acción (22)*

a) *Promoción de la salud*. Buscar formas de vida más saludables, mediante:

- Promoción de la mejor utilización del tiempo libre.
- Estímulo a la participación en actividades recreativas y deportivas.
- Educación nutricional para lograr una dieta adecuada.
- Revisión y estudio de la legislación en cuanto asegure condiciones adecuadas de trabajo y recreación y otros aspectos protectores ya garantizados por la legislación internacional.
- Utilización de los medios de comunicación masiva para divulgar las formas de vida más saludables.
- Promoción de los hábitos saludables de vida en el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.

b) *Prevención primordial*. Evitar la ocurrencia de los factores de riesgo en poblaciones o grupos de población exentos de ellos, mediante:

- Revisión y estudio de la legislación en cuanto favorezca la eliminación de las causas de los factores de riesgo más importantes (hábito de fumar, dieta inadecuada, abuso de alcohol y drogas, sedentarismo, obesidad y contaminación ambiental).
- Movilización de la comunidad a través de los medios de comunicación masiva y educación grupal para contribuir a evitar las causas de los factores de riesgo mencionados, contrarrestando el efecto adverso ejercido por otros factores (propaganda, por ejemplo).

c) *Prevención primaria (poblacional)*. Modificar comportamientos y ambientes para prevenir las causas de los factores de riesgo, mediante:

- Inclusión en el currículo escolar de contenidos sobre los factores de riesgo más importantes de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).
- Divulgación masiva de la existencia de factores de riesgo para que la población pueda protegerse.
- Información a la población sobre medidas de protección contra los factores de riesgo.
- Participación de la comunidad en la obtención de decisiones políticas que modifiquen positivamente el ambiente.
- Legislación protectora contra los factores de riesgo más frecuentes detectados en el ambiente.
- Adaptación del sector económico y comercial a las medidas de control de los factores de riesgo.

- Vigilancia de la composición de los alimentos industrializados para el consumo.
- Vigilancia de la higiene y de las condiciones del medio ambiente del trabajo.
- Creación de áreas para la práctica de ejercicios físicos en ambientes específicos (escuelas, fábricas, etc.) y públicos.

d) *Prevención primaria (individual)*. Identificar y modificar los factores de riesgo, mediante:

- Búsqueda de los factores de riesgo más importantes en todos los que consultan los servicios de salud.
- Búsqueda activa de factores de riesgo en la población general.
- Seguimiento de los individuos en "alto riesgo" para monitoría y/o control de los factores de riesgo.
- Ejecución de cursos sobre remoción de factores de riesgo, tales como: dejar de fumar, modificación de la dieta, entrenamiento físico y modificación ambiental (hogar, escuela y trabajo).

e) *Prevención secundaria*. Detectar y proporcionar tratamiento precoz de las ECNT más comunes en el nivel primario de atención (NPA), mediante:

- Diagnóstico precoz de fiebre reumática, hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, cáncer de cuello y mama, bronquitis crónica y otras.
- Tratamiento y seguimiento de casos no complicados de estas enfermedades en el NPA.
- Supresión de factores de riesgo como parte del tratamiento.
- Referencia de las enfermedades no controlables en el NPA a niveles más complejos del sistema.
- Establecimiento de mecanismos de información y coordinación entre los distintos niveles para permitir la contrarreferencia de los casos ya controlados.
- Divulgación de los recursos disponibles para el diagnóstico precoz y tratamiento adecuado.
- Disponibilidad en el nivel secundario de atención de recursos de diagnóstico y tratamiento para atender la demanda generada por el NPA.
- Garantía de los derechos y de la accesibilidad de la población a la atención médica.

f) *Prevención terciaria*. Diagnosticar, tratar, hacer el seguimiento y facilitar la eventual rehabilitación de las enfermedades crónicas no transmisibles más comunes en el NPA, mediante:

- Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedades reumáticas crónicas, mentales, nefrológicas y otras.
- Referencia de los casos complicados a niveles más complejos del sistema.
- Entrenamiento para que las personas afectadas asuman su autocuidado hasta donde sea posible.
- Capacitación de personas con discapacidad funcional producida por las ECNT, para que puedan ejercer ocupaciones o funciones acordes con su aptitud.
- Promoción de la participación de la industria y el comercio en la elaboración de productos tecnológicos críticos para la atención y/o rehabilitación de las personas afectadas.
- Estudio de la legislación relativa al trabajo de las personas con discapacidad funcional producida por las ECNT.
- Comunicación masiva para crear condiciones favorables hacia la rehabilitación de las personas afectadas por las ECNT.

## **COMENTARIO FINAL**

Los cambios demográficos y epidemiológicos que están experimentando los países en desarrollo de la Región de las Américas están destacando la importancia creciente de los problemas de salud del adulto y del anciano.

En la actualidad, la promoción y protección de la salud del adulto están virtualmente restringidas a la atención de los casos que demandan atención médica y a mínimas actividades de detección precoz y tratamiento oportuno. Los costos crecientes impuestos por la incorporación —generalmente acrítica— de tecnologías complejas de diagnóstico y tratamiento; la necesidad de seguimiento de los pacientes y tratamiento de por vida, y una demanda también creciente, hacen que las prestaciones de los servicios de salud sean cuantitativa y cualitativamente insatisfactorias para la mayoría de las personas afectadas. Los programas de prevención secundaria de carácter nacional que emergieron a mediados de la década de 1970 y alcanzaron su máximo desarrollo relativo alrededor de 1980, se han deteriorado en años recientes fundamentalmente por limitaciones de recursos. La tendencia creciente de la magnitud de los problemas de salud hace imperativa la búsqueda de nuevas opciones de operación, más radicales, con mayor potencial para la población y apropiadas para lograr cambios saludables del comportamiento.

Por esta razón, las estrategias específicas que se proponen se basan en la atención primaria, con un énfasis importante en la promoción de la salud, la prevención primordial y la prevención primaria de tipo

poblacional e individual (“alto riesgo”), en adición al control de enfermedades prevalentes.

A guisa de ilustración, se presenta a continuación una proposición sobre salud del adulto que data de 1926:

### *Diez puntos cardinales sobre la salud (23)*

- “1. Todo adulto inteligente debe conocer la base fisiológica de las buenas costumbres higiénicas, tales como horas regulares y suficientes de sueño, una postura correcta, ejercicios adecuados y la debida eliminación.
2. Debe conocer las clases, cantidades y proporciones de los varios elementos alimenticios que son indispensables para la debida nutrición del cuerpo.
3. Debe conocer, asimismo, los principios de la acción mental normal y las condiciones en que se basan las variaciones más comunes del estado normal de la mente.
4. Debe tener una idea general del instinto del sexo en el hombre, sus etapas de desarrollo, su expresión normal, así como el valor y penas consiguientes.
5. Debe tener un conocimiento adecuado de los factores que determinan la infección y la resistencia, así como de los principios de la inmunización artificial, cuando se trata de algunas enfermedades infecciosas comunes.
6. Debe tener un conocimiento suficiente de las causas y prevención de las enfermedades degenerativas para proporcionar la probabilidad de pasar por los años denominados de media edad, sin el quebrantamiento de la salud.
7. Debe asimismo conocer y, por lo tanto, estar preparado para resistir los embates antihigiénicos que cunden el medio ambiente, tales como el agua y la leche contaminadas, el apiñamiento en los hogares, los polvos venenosos de ciertas industrias, el suelo infestado, etc.
8. Debe saber apreciar la necesidad del frecuente examen médico y dental.
9. Debe adoptar una base inteligente para escoger con acierto su médico y su dentista, y para comprender que el ejercicio moderno de la medicina se funda en la ciencia y no en el misterio, la fantasía y la tradición.
10. Debe tener un buen conocimiento de los importantes problemas higiénicos que la comunidad ha de resolver, de los métodos de hacerles frente con éxito y de los resultados que han de esperarse de la acción de una comunidad culta en la esfera de la higiene pública.”

Aunque elementos teóricos y metodológicos en este campo han sido formulados tal vez en todas las épocas, las lagunas han residido invariablemente en el plano operacional. Ello se debe en gran medida a que los prerequisites fundamentales para propuestas de esta naturaleza —paz, vivienda, educación, alimentos, ingresos, un ecosistema estable, recursos para sustentarse, justicia social y equidad (24)— exigen del sector salud grandes capacidades de denuncia, racionalización, adaptación, articulación, movilización e innovación constantes.

Con una concepción de la salud como parte del proceso global de desarrollo y comprensión de la naturaleza eminentemente política de las principales soluciones sectoriales (25), la Organización Panamericana de la Salud tiene el propósito de contribuir a mejorar la situación de salud de la población adulta y anciana de América Latina y el Caribe, a través

del estímulo y cooperación al desarrollo de la promoción y protección de la salud de estos grupos de población (26). Se pretende de este modo vitalizar las actividades o programas actuales de atención o prevención secundaria orientados al adulto, y sobre todo llenar un vacío y avanzar en la búsqueda de la equidad en la prestación de servicios. El proceso de desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud, como una forma de orientar la transformación de los sistemas nacionales de salud y como una táctica operacional de la estrategia de atención primaria (27), ofrece un marco apropiado para la consecución de tal propósito.

### REFERENCIAS

- 1 Lalonde, M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ministry of National Health and Welfare, Ottawa, Canadá, 1974.
- 2 Gobierno de los Estados Unidos, Department of Health and Human Services, *Surgeons General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*. 1979. (Publicación 79-55071).
- 3 Hamburg, D. A. Disease prevention: The Challenge of the future. *American Journal of Public Health*, 69: 1026-33, 1979.
- 4 World Health Organization. WHO Integrated programme for the prevention and control of noncommunicable diseases. A position paper. Consolidation Meeting for the Medium-Term Programmes for objectives 12 and 13.15-13.17 of the VII General Programme of Work, Manila, 1982.
- 5 McAlister, A., Puska, P. y Salonen, J. Theory and Action for health promotion: Illustrations from the North Karelia Project. *American Journal of Public Health*. 72(1): 43-50, 1982.
- 6 Puska, P. et al. The Community-based Strategy to Prevent Coronary Heart Disease: Conclusions from the 10 years of the North Karelia Project, *Annual Review of Public Health*. 6: 147-193, 1985.
- 7 Farquhar, J. The community-based model of life-style intervention trials. *American Journal of Epidemiology* 108 (2): 103-111, 1978.
- 8 Blackburn, H. Research and demonstration projects in community cardiovascular disease prevention. *Journal of Public Health Policy*, 1983.
- 9 Organización Panamericana de la Salud. *Salud para todos en el año 2000. Estrategias*. Washington, DC, 1980. (Documento Oficial 173).
- 10 Naciones Unidas. World Population Prospects. Estimates and projections as assessed in 1984. *Population Studies*, No. 98. Nueva York, 1986.
- 11 Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas, 1977-1980*. Washington, DC, 1982. (Publicación Científica No. 427).
- 12 Organización Panamericana de la Salud. *La Salud de la mujer en las Américas*. Washington, DC, 1985. (Publicación Científica No. 488).
- 13 Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984*. Washington, DC, 1986. (Publicación Científica No. 500).
- 14 Litvak, J., Ruiz, L., Restrepo, H. E. y McAlister, A. El problema creciente de las enfermedades no transmisibles, un desafío para los países de las Américas. *Bol Of Sanit Panam* 103(5), 433-449, 1987.
- 15 Ruiz, L. Noncommunicable diseases in Latin America and the Caribbean. Proceedings of the Conference on Hispanics in Biomedical Research.

- National Hispanic Heritage Week. National Institutes of Health. Bethesda, Maryland, 1987 (en prensa).
- 16 Organización Panamericana de la Salud. Project for Regional Monitoring of Integrated Programs for Chronic Disease Control (MORE Project). Washington, DC, 1983.
- 17 Organización Panamericana de la Salud. Datos recopilados por el Programa de Salud del Adulto. Washington, DC.
- 18 Doll, R., Prospects for Prevention. *Br Med J* 286: 445-453, 1983.
- 19 Rose, G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol* 14: 32-38, 1985.
- 20 Morris, J. N. *Uses of epidemiology*. The Williams and Wilkins Co. Baltimore, 1964.
- 21 Organización Panamericana de la Salud. 95a. Reunión del Comité Ejecutivo del Consejo Directivo. Tema 14 del Programa Provisional: La salud de los adultos. Washington, DC, 1985.
- 22 Organización Panamericana de la Salud. Programa de Salud del Adulto. Protección y promoción de la salud del adulto. Programa integrado de prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles. Propuesta de desarrollo operacional. Washington, DC, 1985.
- 23 Farrand, L. Diez puntos cardinales sobre la salud. *Bol Of Sanit Panam.* 12: 681-682, 1926.
- 24 Ottawa Charter for Health Promotion. An international conference on health promotion. Ottawa, Ontario, Canada, 1986.
- 25 Macedo, C. G. de. Declaración de Principios. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC, 1982.
- 26 Organización Panamericana de la Salud. Informe Final del Consejo Directivo de la OPS, XXI Reunión. Comité Regional de la OMS, XXXVII Reunión. Washington, DC, 1985. (Documento Oficial 203, 1986).
- 27 Organización Panamericana de la Salud. El desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. Tema 5.6 del Programa Provisional. Consejo Directivo de la OPS, XXXIII Reunión. Comité Regional de la OMS, XL Reunión. Washington, DC, 1988.
-



# **SALUD Y BIENESTAR DE ADULTOS Y ENVEJECIENTES. IMPLICACIONES PARA LA DOCENCIA, LA INVESTIGACION Y LOS SERVICIOS<sup>1</sup>**

*Eduardo Cano Gaviria<sup>2</sup>*

---

América, dice Ferdinand Braudel (1975), presenta dos grandes conjuntos culturales. “América” por antonomasia, es decir, los Estados Unidos (junto con el Canadá, al que ha arrastrado en su derrotero) es el Nuevo Mundo por excelencia, el de las maravillosas realizaciones, el de la “vida futura”. La otra América es la más extensa mitad del continente, a la que, primero Francia y después toda Europa, han concedido el epíteto de “latina”. Es una América unitaria y múltiple, con muchas peculiaridades: dramática, desgarrada, en lucha consigo misma.

Nuestra América, aparece entonces, como un gran rompecabezas de diferentes espacios, con sus particularidades propias, tanto geográficas como climáticas, económicas y culturales. Mosaico de geografías, de relieves, climas, vegetaciones, especies animales y prerrogativas —unas dadas, otras adquiridas— que configuran a su vez un marco de desigualdades infinitas que van desde lo mejor y lo superfluo para una minoría, hasta las carencias más absolutas para la gran mayoría.

Esos espacios determinan a su vez consecuencias específicas para sus habitantes, sea en su agricultura —verdadero talón de Aquiles de la Región— sea en su ganadería —que ha llegado a convertirse por las características de su explotación en gravísimo problema— sea en sus comunicaciones terrestres —tan disímiles y difíciles— lo mismo que para sus empresas productivas, también muchas veces condicionadas por las posibilidades que ofrecen o niegan las características de los diferentes espacios geográficos.

---

<sup>1</sup> Tema presentado en la Primera Conferencia Ibero-Panamericana de Escuelas de Salud Pública, Gran Encuentro Ibero-Panamericano de Salud Pública, San Juan, Puerto Rico, 31 de julio-5 de agosto de 1988.

<sup>2</sup> Ex Rector de la Universidad de Antioquia. Asesor Temporero, Programa de Salud del Adulto, Organización Panamericana de la Salud.

La Región es a su vez mosaico de espacios culturales con diferencias marcadas, dependientes por un lado de nuestros ancestros indígenas y por el otro de la fusión de razas y culturas que desde la época de la colonización, y aún posteriormente, se han mezclado con nuestras culturas precolombinas. Crisol en donde se han fundido no solo razas sino también religiones, costumbres, psicologías colectivas, economías y lenguajes, hasta el punto que en la actualidad configuramos una civilización hecha de elementos propios y ajenos, fuertemente amalgamados según cada país y según cada región dentro de un mismo país.

En relación a la vida material, Braudel (1984) observa que “estudiar las cosas —alimentación, vivienda, vestido, lujo, herramientas, instrumentos monetarios, pueblos y ciudades— en suma todo aquello que el hombre utiliza, no es la única manera de valorar su existencia cotidiana. El número de los que se reparten las riquezas de la tierra, tiene también su significado”.

De todas formas, hay dos hechos fundamentales. Primero, la América Latina ha exportado gran parte de su excedente económico desde finales del Siglo XV y aún ahora sigue haciéndolo, sustancialmente a través de su inmensa deuda externa, que en algunos países alcanza el 30% del producto de sus exportaciones, lo cual ha llevado a la Región a su más profunda crisis económica. En segundo lugar, el número de habitantes pesa más cuando su crecimiento es acelerado, porque el número en América Latina divide, organiza el espacio, confiere a cada masa viva su nivel de cultura y de eficacia, sus ritmos biológicos y económicos de crecimiento y hasta su destino patológico. El proceso de desintegración del campo y la urbanización acelerada se han convertido en una pesadilla para nuestra Región, ya que una parte mínima de la población urbana goza de la ostentación y hasta de lo superfluo, mientras la gran mayoría de ella vegeta en la miseria más absoluta.

Por otro lado, encontramos las grandes diferencias en lo que pudieramos llamar “el pan de cada día”, de tanta importancia para la salud de las comunidades. Diferencias culturales determinadas por la geografía, los climas, las tradiciones y las desigualdades en la repartición del excedente económico de la Región, definen estas desigualdades y diferencias. Y con el pan, las bebidas, aún de mayor importancia puesto que el problema del alcoholismo hace ya mucho que constituye una preocupación de todos los que hemos transitado por los caminos de la salud pública —física y mental— de nuestras poblaciones; sin mencionar otros tipos de sustancias estimulantes, como el café, el tabaco y las nuevas y conflictivas drogas de la actualidad, origen de riquezas inimaginables que amenazan convertir a toda nuestra América en campo de batalla y ante las cuales se han imaginado fundamentalmente soluciones que históricamente han demostrado ser las menos eficaces, las más traumatizantes y las que más convienen al “negocio ilícito”, como son la prohibición y la criminilización de su producción, distribución y consumo.

Existen diferencias fundamentales y absolutas en la Región también en cuanto a la vivienda, la vestimenta, la utilización de tecnologías y fuentes de energía derivadas tanto de las características del espacio físico, de la geografía y de los climas, como de las desigualdades económicas, que determinan a su vez diferencias fundamentales en la cotidianidad de los hombres de la Región y que ayudan a configurar esa desigualdad fundamental, básica de nuestros países: el abismo entre la ciudad y el campo. La Región se ha convertido en un continente de ciudades. Hecho social y económico de fundamental importancia para la materia que nos ocupa: la salud del adulto y del envejeciente.

Las ciudades, dice Braudel (1984), “son como transformadores eléctricos: aumentan las tensiones, activan los intercambios, unen y mezclan a los hombres. Han nacido de la más antigua y más revolucionaria división del trabajo; las tierras de labor por un lado, las actividades llamadas urbanas por el otro. América Latina se ha convertido en menos de cincuenta años en un continente de ciudades jerarquizadas, en donde cada una domina un espacio específico, porque toda ciudad para *ser* necesita dominar un espacio aunque sea minúsculo.” La ciudad como tal no existe, excepto por contraste con una vida inferior a la suya; es una regla que no admite excepciones, ningún privilegio puede sustituirla. De igual manera, la ciudad dejaría de vivir si no tuviera asegurado su suministro de hombres. La ciudad los atrae, con frecuencia vienen hacia ella espontáneamente, pero otras, la mayoría, porque los campos y luego otras ciudades los rechazan, los expulsan irremisiblemente. Y todas ellas tienen sus suburbios. Son a veces manifestaciones de su vigor, otras de la miseria de la zona que dominan, aun cuando se trate de míseros arrabales.

## **IMPLICACIONES PARA LA DOCENCIA Y LA INVESTIGACION**

Seguramente, muchos de los presentes habrán podido darse cuenta que en mi exposición del contexto social, primero, he querido enfocar la Región como una civilización; segundo, he querido darle la importancia que se merece para el caso concreto de la salud del adulto y del envejeciente; tercero, en relación con la vida material se ha hecho referencia más de una vez a la vida cotidiana de nuestras poblaciones, perspectiva de la mayor importancia para el enfoque del estudio de la salud del adulto y del envejeciente de la Región, y cuarto, he evitado deliberadamente caer en la trampa de la utilización de los indicadores sociales sin teoría que los sustente, tema controvertido que tiende más a separar que a unir y a levantar barreras en el rompecabezas de la situación de la Región.

Lo anterior tiene que ver explícitamente con una de las implicaciones más relevantes de la salud del adulto y del envejeciente, tanto para la formación de los recursos humanos en salud, como para la investigación

y para la prestación de los servicios: la del desarrollo de un modelo coherente válido y de aceptación general, para conceptualizar lo que yo llamo "la reciprocidad de perspectivas" entre lo biológico y lo social. Este tema es de la mayor importancia en la definición y solución de los problemas de salud del adulto y del envejeciente en la Región, relacionado en primer lugar con el problema de la articulación de las políticas de desarrollo global de cada país y las políticas de salud y en segundo lugar con la problemática de la articulación de las ciencias básicas y biológicas en la formación de los recursos humanos. Desafío que propone a los educadores la necesidad de diseñar estrategias adecuadas para que el futuro trabajador de la salud comprenda uno de los temas más apasionantes y complejos de la vida moderna, sin caer en fáciles dogmatismos: el de la unidad y diversidad de las ciencias, que de por sí plantea la necesidad inaplazable del trabajo multi e interdisciplinario.

A nadie escapa que el elemento fundamental de la planificación estratégica radica en la comprensión del medio ambiente social actual y futuro, lo mismo que de sus restricciones y posibilidades frente a nuestras metas, objetivos y recursos. Prever el futuro, así sea aproximadamente, implica conocer el presente por el pasado y el pasado por el presente, introduciendo dimensiones temporales de corto mediano y largo plazo, descomponiendo la realidad social únicamente para su mejor análisis. Nos dice Bloch (1978) que "la ciencia no descompone lo real, sino para mejor observarlo, gracias a un juego de luces cruzadas, cuyos rasgos se combinan y se enterpenetran constantemente. El peligro empieza únicamente, cuando cada proyector pretende verlo todo él solo, cuando cada cantón del saber, se cree una patria".

Otro aspecto de la mayor importancia para la docencia, relacionado con la salud del adulto y el envejeciente en América Latina, es el de la articulación docente-asistencial. Tradicionalmente se ha considerado como propósitos de la universidad la docencia, la investigación y los servicios. Solo en los últimos tiempos se ha tratado de dar importancia dentro de los propósitos de la educación superior a la extensión, concebida esta no solo como prestación de servicios, sino como un diálogo recíproco entre la universidad y la sociedad. Sin embargo, la verdadera naturaleza de esta relación de doble vía, no ha sido aún comprendida ni por muchas universidades de la Región, ni por muchos de los servicios de salud. Así, la articulación docente-asistencial, estrategia fundamental para la adecuada formación del personal de salud acorde con la meta SPT/2000, ha carecido del apoyo político e institucional necesario, puesto que nuestras universidades siguen aprisionadas en el modelo Napoleónico en el cual su mal llamada "autonomía" se convierte, la mayoría de las veces, en la mejor forma de consolidar privilegios y vegetar en su obsolencia, alejadas de la realidad de sus respectivos países; mientras los servicios de salud poco quieren saber de la universidad, en tanto esta no les ayude efectivamente con su carga puramente asistencial.

Resulta difícil en los actuales momentos administrar centralizadamente los tres objetivos básicos de las universidades: docencia, investigación y extensión. A esta última, para que los programas de integración docente-asistencial funcionen adecuadamente, debe dársele una mayor autonomía tanto administrativa como financiera.

También se ha vuelto en los últimos tiempos relevante para la atención de los adultos y envejecientes, el problema de la tecnología, campo este en donde la investigación se encuentra obligada a rendir sus mejores y más promisorios frutos.

Para definir lo que es o no apropiado en materia de tecnología en salud, resulta necesario evaluar no solamente la eficacia y la eficiencia dentro de una perspectiva eminentemente técnica, sino también situarnos en la perspectiva de nuestra civilización y de nuestras culturas nacionales. Únicamente esta mirada amplia y desapasionada podrá asegurar el éxito futuro en materia de desarrollo tecnológico, para lo cual habrá que utilizar métodos de evaluación interdisciplinarios, convirtiéndose en uno de los grandes desafíos para la investigación en la Región.

## **IMPLICACIONES PARA LOS SERVICIOS**

El contexto social de la Región, que hemos repasado someramente, en especial el acelerado proceso de urbanización; el incremento de la población de adultos y envejecientes; el aumento en los riesgos para ambos grupos, particularmente aquellos relacionados con las enfermedades ocupacionales, degenerativas y las derivadas de desajustes sociológicos como la violencia, los accidentes y la narcoddependencia, y en otro plano la crisis financiera de los servicios de salud derivada de la crisis financiera de los países de la Región, plantean para estos grandes desafíos en el ámbito de la atención, si es que aún se piensa en cumplir con la meta de SPT/2000.

El primero de estos desafíos concierne a los niveles más altos de la conducción de las políticas de desarrollo global de cada país. La evaluación de la participación real de políticas de salud orientadas a la atención integral del adulto y los envejecientes en las políticas de desarrollo será de la mayor conveniencia. Un medio ambiente social poco coherente con las necesidades y metas de los servicios de salud incidirá desafortunadamente en los niveles de salud y bienestar de estos grupos de población.

El segundo de los grandes desafíos tendrá que orientarse en el sentido de mejorar la infraestructura de los servicios de salud para el adulto y el envejeciente y los sistemas de planificación de los programas orientados a estos grupos, en donde el enfoque estratégico que aparece como el más promisorio es la aplicación racional de los principios epidemiológicos y la adecuación de los objetivos a los recursos realmente dis-

ponibles y a las características del medio ambiente en que se prestan los servicios. Esto seguramente ayudará a mejorar la eficiencia y la eficacia de estos programas.

Al respecto y a mi modo de ver, se plantean dos importantes y urgentes tareas. En primer lugar, el diseño de modelos de planificación que adopten la perspectiva y el enfoque de la planificación estratégica al caso concreto de los servicios de salud y tengan cualidades de sencillez y fácil aplicación a las condiciones específicas del sector público; en segundo lugar, la búsqueda de enfoques metodológicos para el estudio del medio ambiente social de los servicios de salud, estrechamente relacionados con la problemática entre lo biológico y lo social.

Otros aspectos importantes en el desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud han sido puestos ya de relieve por la OPS en diversos documentos; aspectos tales como el desarrollo de la capacidad de análisis financiero y de administración de los recursos del sector salud y el perfeccionamiento de los sistemas de información, área básica para la planeación estratégica.

La definición de las diversas funciones de los trabajadores de salud, el reconocimiento de la importancia de la participación de la comunidad y la integración de la educación y capacitación del personal de salud, en mi opinión son fundamentales para el mejoramiento de la atención del adulto y el envejeciente. Considero la articulación docente-asistencial, en especial, como la estrategia fundamental para desarrollar una mejor comprensión de las funciones del personal de salud y de la participación de la comunidad en todas las etapas del proceso de atención de esos grupos.

Por último, es ahora más urgente que nunca lograr reorientar la atención del adulto y de los envejecientes hacia los problemas prioritarios, en base a la definición de los grupos de personas más vulnerables y a los riesgos más factibles de controlar, utilizando la estrategia de atención primaria, que dé prioridad en lo posible a los aspectos de promoción de la salud y prevención de enfermedades del adulto y esté dirigida a toda la población, en especial a los grupos más vulnerables por su situación social y económica. No sobra recalcar la importancia fundamental que en la elaboración de estos programas debe tener en el futuro la planeación estratégica, tal y como ya lo hemos expresado.

Debe darse apoyo decisivo a estos dos componentes: el desarrollo de la infraestructura de los servicios y atención a los problemas prioritarios de los adultos, en el campo de la investigación y en el proceso de administración del conocimiento.

## BIBLIOGRAFIA

- Bloch, M. *Introducción a la Historia*. Fondo de Cultura Económica, México, 1978.
- Braudel, F. *Las civilizaciones actuales. Estudio de la historia económica y social*. Editorial Tecnos, Barcelona, 1975.
- Braudel, F. *Civilización material, economía y capitalismo. Siglos XV-XVIII. Las estructuras de lo cotidiano*. Alianza Editorial, México, 1984.
- Cano Gaviria, E. *Acerca de la Tecnología en Salud*. Seminario Nacional sobre Servicios de Salud. Medellín, Colombia, 1988.
- Colmenares, G. *La historiografía científica del Siglo XX*. Ediciones Nuestra América. Cuadernos de historia No. 4. Primera edición, Tunja, Colombia, 1979.
- Gerschenkron, A. *Atraso económico e industrialización*. Ediciones Ariel, Barcelona, 1970.
- Organización Panamericana de la Salud. *Principios Básicos para la Acción de la Organización Panamericana de la Salud 1987-1990*. Washington, DC, 1987.
- Organización Panamericana de la Salud. *Enfermedades crónicas del adulto. Elementos críticos para la planificación estratégica de su prevención y control*. Washington, DC, 1987.
- Organización Panamericana de la Salud. *El conocimiento básico en la formación profesional*. Washington, DC, 1987.
-

# LA SITUACION DE LOS ENVEJECIENTES EN PUERTO RICO. ESTRATEGIAS DE ACCION PARA LA EDUCACION Y EL SERVICIO<sup>1</sup>

*Celia E. Cintrón*<sup>2</sup>

---

Las personas que me han precedido en este taller sobre salud comunitaria y bienestar social en los grupos de adultos y ancianos han dejado ampliamente demostrado cómo los niveles de envejecimiento de la población han cambiado la faz del mundo, lo que lógicamente implica virajes en políticas públicas y establecimiento de prioridades distintas. Puerto Rico no es excepción a esas tendencias poblacionales mundiales. En ánimo de la brevedad, pero sin restar importancia a esa realidad, me limitaré a exponer algunos de esos cambios mayores en el contexto demográfico.

Ese gran grupo poblacional, que como hemos visto crece a un ritmo más acelerado que otros sectores o grupos humanos, aún no tiene el poder político que podría ejercer, ni recibe los bienes y servicios que en equidad les correspondería.

No queremos decir con esto que la situación de los adultos maduros y los ancianos en Puerto Rico sea estática. Por el contrario, al hacer un examen panorámico, revisando documentos y ponencias de 10 y 15 años atrás, se puede percibir un proceso dinámico en aspectos económicos, políticos, legales y sociales. La trayectoria, sin embargo, no es lineal, como no lo son los procesos de desarrollo, y se puede observar que se ha progresado en unas áreas, retrocedido en otras y transformado el contexto en las más. El análisis dialéctico de la situación de la ancianidad en Puerto Rico tiene una complicación adicional: con frecuencia nuestra perspectiva no es la misma que la de los envejecientes. Tanto el análisis, como los

---

<sup>1</sup> Tema presentado en la Primera Conferencia Ibero-Panamericana de Escuelas de Salud Pública, Gran Encuentro Ibero-Panamericano de Salud Pública, San Juan, Puerto Rico, 31 de julio-5 de agosto de 1988.

<sup>2</sup> Directora de la Oficina del Gobernador para los Asuntos de la Vejez, Puerto Rico.



cambios que propulsamos, presumen implícitamente que estos son como los jóvenes. Admitida esa limitación pasamos a hacer un somero recuento de lo acontecido y a tratar de proyectarnos a corto y mediano plazo.

El Dr. Vázquez Calzada, demógrafo distinguido y compañero en el quehacer académico, con extraordinaria perspicacia nos ha venido planteando que los principales problemas de la población envejeciente no son de naturaleza económica, como muchos alegan, aunque sus ingresos distan de ser opulentos. El grupo de mayor edad en Puerto Rico depende menos del gobierno y familiares para su sustento que otros sectores.

A pesar de ese hecho, que consideramos irrefutable, sufrimos de la fijación que el principal problema de Puerto Rico y de los ancianos es uno de tipo nutricional y hacia ese aspecto dirigimos esfuerzos y recursos, obviando la complejidad y diversidad que caracterizan las necesidades de la población envejeciente.

¿Tendría razón la Dra. Carmen Kaye (1978) cuando nos decía que la ancianidad se visualiza con “conceptos erróneos, mitos e ignorancias” y que nos asusta tanto por constituir nuestro futuro y por percibirla como fea, pobre, enferma, triste y sola?

¿Cuáles son las características reales de este grupo, con todos sus matices, no visto estereotipadamente? ¿Cuáles son las diferencias individuales, por clase social, por nivel de funcionamiento? ¿Cómo se vislumbra el futuro de los ancianos del mañana comparados con los de hoy? ¿Cómo diseñamos programas y servicios ágiles, humanizados, integrados y eficientes? ¿Cómo rompemos las barreras burocráticas y estructurales para poder ofrecer servicios continuados, accesibles y coordinados? ¿Cómo conciliamos la iniciativa privada con el esfuerzo gubernamental?

Los grandes retos demandan respuestas de envergadura. Nos parece, por ello, que estamos en el preámbulo de acciones cruciales. ¿Qué signos podemos y debemos observar para orientarnos en ese derrotero?

Con el propósito de examinar un tanto más sistemáticamente características, necesidades y estrategias educativas y en los servicios, hemos dividido este trabajo, arbitrariamente, en los siguientes aspectos:

- Cambios en la estructura familiar y sus repercusiones en personas de mayor edad.
- Cambios ocurridos y proyectados en la educación y los servicios, necesarios para una buena calidad de la población adulta y anciana.
- Cambios mayores en leyes y políticas públicas.

### *Cambios en la estructura familiar y posibles repercusiones*

La familia, así como las características de los hogares puertorriqueños, han sufrido una marcada transformación durante las últimas dé-

cadass. Los cambios demográficos, urbanísticos y económicos han tenido repercusiones en términos de las relaciones interpersonales e intergeneracionales dentro del contexto familiar. Esos cambios estructurales han provocado que la familia puertorriqueña sea menos extendida y más conyugal, lo que a su vez induce la transferencia de ciertas funciones tradicionales a agencias públicas y privadas (Ramos, 1984).

Uno de los cambios que se destaca es precisamente el aumento progresivo de población de edad avanzada. Entre 1899 y 1980 el grupo de 65 años o más aumentó de 19 000 a 253 000 personas (Carnivali, 1988).

Gutiérrez (1984) plantea que la familia puertorriqueña está en una interfase que se observa en factores tales como aumento de hogares con un solo jefe, disminución en el número de los miembros y la alta proporción de familias en donde los niños no viven con ambos padres. Menciona este autor, además, que al entrar la mujer al mercado laboral en números considerables, se le reduce el tiempo promedio dedicado a los menesteres domésticos.

Los datos demográficos específicos planteados por Vázquez Calzada (1984) y Carnivali (1988), reflejan que el perfil de la familia puertorriqueña y sus hogares tienen las siguientes implicaciones.

Dado el hecho de que la mortalidad masculina es mayor que la femenina, hablar de envejecientes es, principalmente, referirnos a la mujer. De acuerdo con el censo de 1980, por cada 100 mujeres de 65 años o más había 91 hombres. Ese desbalance entre los sexos es progresivo, por lo que encontramos que en la categoría de masculinidad es de 84 % y cuando se llega a los 85 años o más se convierte en 71 %. La expectativa de vida es de más de siete años a favor de la mujer.

Esta situación nos lleva lógicamente a una realidad, que es el fenómeno de la viudez mayormente femenina. Para 1980 había en Puerto Rico unos 20 000 viudos y unas 65 000 viudas entre la población mayor de 65 años, es decir, más del triple. Y en términos relativos, mientras solo el 17 % de los varones en esas edades eran viudos, el 49 % de las mujeres estaban en esa categoría.

Entre los divorciados también ocurre una situación similar, ya que estos, al igual que los viudos, tienden a casarse con más frecuencia. Vale, además, mencionar que mientras 2/3 partes (63 %) de los hombres de 65 años o más tenían la esposa presente en el hogar, solo el 31 % de las mujeres convivía con su esposo (el resto eran viudas, divorciadas, separadas o solteras).

¿Qué implicaciones tienen esas características de la familia para los servicios a las personas de mayor edad?

Entendemos que la realidad de una creciente población envejeciente, principalmente femenina y en viudez, requiere unos enfoques y servicios que se han venido creando con marcada lentitud. A los problemas de salud y de carácter psicosocial tendremos que darle mayor aten-

ción y prioridad. El análisis ponderado de necesidades de esta población, que a pesar de su incremento parece ser invisible, resulta indispensable y urgente, ya que la falta de información conduce a fantasías y estereotipación, por lo que se tiende a visualizar la vejez negativamente.

Quisiera referirme con especial atención a la situación de familias en donde ha habido divorcio, bien de una pareja de mayor edad o de sus hijos.

El censo de 1980 refleja que entre las personas que vivían solas había un mayor promedio de mujeres y eran estas predominantemente de edad avanzada. Los datos demuestran que el vivir solo aumenta progresivamente con la edad. En esta categoría, los de 65 años o más representan el 17%, o 43 866 personas (Vázquez Calzada, 1988).

Existe una tendencia, además, a que aumente la proporción de jefes de familia que son dueños de sus hogares conforme se avanza en edad. Asimismo, la gran mayoría de las personas de edad avanzada reside en su hogar, y solo un 1% en asilos. Esto contrasta significativamente —y entendemos que a nuestro favor— con un 5% en el territorio continental de los Estados Unidos. Esa realidad tiene un marcado efecto en las relaciones interfamiliares y en los roles, especialmente de los nietos y de los hijos, en el cuidado y protección de sus padres o abuelos ancianos.

La necesidad de mayor investigación en esta área resulta de gran importancia. Como puede colegirse, esa nueva familia puertorriqueña, con problemas y características particulares, necesita ayuda y recursos, también especiales, para poder manejar con éxito la situación de sus miembros de mayor edad, a medida que se van haciendo más ancianos y posiblemente más frágiles.

### *Cambios necesarios en la educación y los servicios*

El cuadro demográfico que hemos esbozado sucintamente presupone marcados cambios, tanto para la academia como para los servicios públicos y privados.

En el área de la salud —que resulta prioritaria según lo expresado por un número considerable de envejecientes puertorriqueños— se hace palpable la necesidad de desarrollar sistemas que trasciendan la enfermedad. La reconceptualización y reenfoque de este sistema (público y privado) obviamente implicará un rediseño curricular y coordinación de las diferentes profesiones, con énfasis en la promoción y la prevención. Resulta importante, además, que los servicios se reorienten hacia la funcionalidad y autonomía de la persona de mayor edad.

Los servicios de salud se tendrían que reorganizar para cubrir la gama de aspectos médicos, sociales, personales, de apoyo y educativos, para asegurar el máximo funcionamiento de la persona a nivel comunitario, y optimizar el autocuidado y bienestar, haciendo uso mínimo de la

hospitalización. Para la continuidad de los servicios se tendrían que establecer eslabones tales como servicios ambulatorios de ayuda para familias que tienen envejecientes en cama y facilidades de tipo "hospicio", donde pacientes terminales puedan recibir un trato técnicamente adecuado y humano.

La formación de nuevos profesionales con conocimientos y habilidades apropiados a las necesidades de esta población envejeciente nos acucia. Asimismo, la educación continuada de personas que ya prestan servicios resulta urgente.

En adición al fortalecimiento de la educación continua de profesionales en los servicios y la formación de nuevos profesionales, la educación gerontológica tiene que extender sus miras. La educación popular y la ampliación de oportunidades educativas para adultos y ancianos es de primordial importancia.

Las universidades o aulas de la "Tercera Edad", es una vertiente que necesita seria consideración de nuestra parte. Tanto las actividades educativas para desarrollo personal, como aquellas diseñadas para la adquisición de destrezas de trabajo, tienen que ser exploradas.

Merece atención, asimismo, investigación intensa en áreas psicológicas, biológicas y sociales del envejeciente puertorriqueño, particularmente la formación y reenfoque de los profesionales en las áreas relativas a la salud mental. Para estas gestiones se necesita una reformulación a fondo del problema y un adiestramiento intenso en intervenciones en crisis y terapia de corta duración, en vez de aproximaciones tradicionales de corte biológico o intrasíquico.

El compromiso de la academia en investigación aplicada y la producción de materiales didácticos no admite dilación.

### ***Cambios mayores de ley. Políticas públicas***

Puerto Rico fue vanguardia en el reconocimiento de las necesidades particulares de las personas de mayor edad. Por ello, mucho antes de que surgiera en los Estados Unidos el "Olders American Act", existió una Comisión de Gericultura adscrita al Departamento de Salud. Como es sabido, esa Comisión se transformó, mediante la Ley No. 16 de 1962, y la Comisión Puertorriqueña de Gericultura, que fuera el principal organismo planificador y coordinador en el área de envejecimiento, pasó a formar parte del Departamento de Servicios Sociales.

Ese organismo, que recientemente sufrió una nueva transformación, tenía una encomienda definida y lógica, con una estructura legal razonablemente concebida. La aquejaban, sin embargo, marcadas limitaciones de funcionamiento, en parte por su adscripción a un departamento particular y en parte por la limitación de recursos.

Tras muchos esfuerzos, algunos fallidos, mediante la Ley 68 de

1988 se ha establecido la Oficina del Gobernador para los Asuntos de la Vejez. Esa iniciativa del primer ejecutivo responde al reclamo de las voces, cada vez mas sonoras y abundantes, de la población de mayor edad en Puerto Rico.

Debe mencionarse, asimismo, que previo a la aprobación de la ley, se había promulgado, como directriz a las agencias gubernamentales, la Política Pública del Gobernador para el Envejecimiento, esfuerzo loable que cristaliza en planes específicos en el Taller del Gobernador sobre Instrumentación de Política Pública, celebrado en enero de 1987 bajo auspicio compartido entre la academia y el ejecutivo.

En el año 1986, por iniciativa legislativa se aprueba también la Ley 121, que se denomina Carta de Derechos de la Persona de Edad Avanzada, la cual da especial atención al derecho de los envejecientes a servicios de calidad y a evitar situaciones de maltrato y negligencia de que puedan ser objeto. Compete velar por su cumplimiento a la Oficina del Gobernador para los Asuntos de la Vejez, la cual tiene una ineludible y crucial encomienda. Para ello es menester una planificación integrada y creativa que permita una dirección efectiva, así como la coordinación cuidadosa con agencias públicas y privadas. Particular importancia reviste la incorporación de entidades y grupos de la comunidad, incluyendo a los propios envejecientes en esta gestión. Sin esa participación dinámica y eficaz de los sectores público y privado se limitaría el alcance de la ley. No podemos menos que involucrarnos afectiva y efectivamente en este proceso, que redundará en una mejor calidad de vida para todos.

Los envejecientes no pueden continuar esperando. Puerto Rico tiene un compromiso ineludible.

Estamos pues, en este Gran Encuentro Ibero-Panamericano de Salud Pública, en un hito propicio para pasar balance, reagrupar esfuerzos y dirigirnos con paso firme, el gobierno y la academia en consorcio creativo, hacia el logro de salud y bienestar para todas las personas de edad avanzada en el año 2000.

---

# NOTICIAS

---

## **GRUPO REGIONAL DE CONSULTA SOBRE EDUCACION PERMANENTE EN SALUD**

En números anteriores de esta publicación se ha hecho referencia al proceso mediante el cual diversos grupos de trabajo en los países, con la coordinación de la Organización Panamericana de la Salud, trabajan en la búsqueda de alternativas diferentes para promover la capacitación del personal de salud, en el contexto de las estrategias nacionales. Se informó en su oportunidad que como parte de ese proceso, un Grupo Regional de Consulta se encargaría de analizar la propuesta construida hasta el momento con los distintos aportes nacionales y de formular recomendaciones para la orientación del curso a seguir.

El Grupo Regional de Consulta se reunió en la ciudad de Querétaro, México, del 17 al 21 de octubre de 1988. La reunión fue organizada conjuntamente por la Dirección de Enseñanza de la Secretaría de Salud de México y el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la OPS, y se desarrolló a través de tres unidades de trabajo.

La primera unidad estuvo dedicada a formular un marco de referencia para los procesos educativos en salud, que se construyó desde el ángulo de las políticas y estrategias de los países y de la OPS/OMS, el de los servicios de salud (específicamente con la estrategia de la descentralización y sistemas locales de salud), y finalmente la exposición de cuatro experiencias nacionales totalmente diferentes que se desarrollan desde hace varios años en Brasil, Cuba, México y una región de Colombia.

En la segunda unidad de la reunión se presentaron los resultados de trabajos previamente asignados a cinco grupos nacionales, sobre áreas cruciales para la reformulación del proceso educativo y su consecuente análisis y discusión, como sigue:

- Metodología para la formulación de un contexto nacional (Argentina).
- Metodología para la identificación de necesidades de aprendizaje basados en el contexto (México).
- Nuevas opciones para el desarrollo del proceso educativo en los servicios de salud (Brasil y OPS).

- Sistemas de monitoreo y seguimiento del proceso educativo (Honduras y Nicaragua).
- Alternativas para la capacitación pedagógica de trabajadores de los servicios de salud que puedan llevar a cabo labores educativas permanentes (Guatemala y PASCAP).

Tal como fue previsto inicialmente, cada uno de estos temas será transformado en un fascículo de la serie *Educación Permanente* que está en prensa actualmente.

La tercera unidad de la reunión la constituyó una discusión sobre las posibilidades de formular un amplio proyecto regional para la búsqueda de financiamiento externo que pueda apoyar los trabajos que los países desarrollan en este campo.

La reunión provocó un foro de discusión sobre estos problemas e hizo hincapié en la utilización de las experiencias nacionales en curso. Se proveyó abundante documentación preparada por los propios grupos nacionales. Con esos elementos se creó una amplia base de sustentación para la búsqueda continua de alternativas diferentes que construyan un modelo educacional “de tipo permanente, que utilice el trabajo de los servicios como eje central del aprendizaje, que sea multidisciplinario, y que se desarrolle en forma totalmente integrada con el desarrollo mismo de los servicios de salud”, como lo propone la alternativa promovida por la OPS.

El informe final de la reunión y la amplia documentación preparada serán distribuidos oportunamente entre los grupos e instituciones interesadas.

---

## Nuevas publicaciones

# Organización Panamericana de la Salud

### *SIDA: Perfil de una epidemia*

A falta de una cura eficaz para el SIDA, o de esperanzas de lograr una vacuna en un futuro próximo, el intercambio de información asume una función de importancia vital en la promoción de la investigación médica y científica y en la ejecución de las campañas de educación pública que son fundamentales para detener la enfermedad.

Con ese espíritu, la Organización Panamericana de la Salud ha producido el libro *SIDA: Perfil de una epidemia*, el cual es parte del compromiso de la Organización de suministrar a sus Países Miembros la información más reciente y avanzada sobre el SIDA, como apoyo a sus esfuerzos por combatir la enfermedad.

### CONTENIDO

El libro se ha estructurado en tres partes. En la primera sección se presenta una perspectiva general de los esfuerzos, obstáculos y logros de la lucha contra el SIDA en las Américas. Incluye artículos originales de médicos, epidemiólogos, virólogos, abogados y otros expertos de varios países de la Región, cuyo trabajo se relaciona con el SIDA. En algunos de estos artículos se destacan los programas nacionales sobre el SIDA emprendidos por ciertos países; otros resaltan las situaciones epidemiológicas o los problemas que enfrentan países o subregiones específicos, o se dedican a discutir y analizar cuestiones éticas, legales y de educación pública.

La segunda sección está organizada en forma de mesa redonda y expone la opinión de varios expertos sobre la validez de las proyecciones del curso y alcance de la epidemia del SIDA. Es evidente que, a pesar de los conocimientos actuales, las opiniones difieren considerablemente y el pronóstico para el futuro permanece incierto.

La tercera sección recoge informes de diversas fuentes que comprenden un análisis general de la epidemia y los esfuerzos para combatirla. Se destacan las respuestas y los programas de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud a este respecto, y se señalan especialmente las recomendaciones de ambas Organizaciones en cuanto a las políticas sobre los programas de detección y el SIDA en el lugar de trabajo. También se incluye información fundamental sobre la transmisión y los efectos de la enfermedad, y resúmenes de investigaciones técnicas seleccionadas.

Esta sección se cierra con un informe de la Cumbre Mundial de Ministros de Salud sobre Programas de Prevención del SIDA, celebrada en Londres en enero de 1988. Constituye una conclusión apropiada para el libro ya que, en este encuentro sin precedente, autoridades de salud de todo el mundo intercambiaron información sobre las experiencias de los países y reafirmaron el compromiso de trabajar conjuntamente en la lucha contra el SIDA. Al dirigirse a los participantes el Dr. Halfdan Mahler, ex-Director General de la OMS, declaró que "para hacer frente a una amenaza global tal como el SIDA, la comunicación es decisiva". Esperamos que *SIDA: Perfil de una epidemia* sirva como foro de información, contribuya así a frenar la propagación de la enfermedad y, en última instancia, a controlarla completamente.

# SIDA:

## PERFIL DE UNA EPIDEMIA





## Características del peso al nacer. Ruth Rice Puffer y Carlos Serrano.

El peso al nacer es un indicador esencial para el seguimiento y evaluación de la atención prenatal, el crecimiento y desarrollo del niño, y los programas de salud materno-infantil y nutrición.

En esta obra se analizan los datos contenidos en 22 estudios sobre las características del peso al nacer en 15 países, se determina el impacto del peso bajo y deficiente al nacer en la mortalidad infantil y se hacen recomendaciones pertinentes.

El libro contribuirá a comprender el problema, lo que es crucial para mejorar la condición del recién nacido, y a promover las actividades que deben emprenderse para progresar en el futuro.

Publicación Científica No. 504 • \$US 10,00 • 126 pp • ISBN 92 75 31504 3

También disponible en inglés.

## ORDEN DE COMPRA

Favor de enviar:

\_\_\_ ejemplar (es) de la Publicación Científica  
No. 514 (*SIDA: Perfil de una epidemia*)

Español

Precio por ejemplar \$US 24,00 \_\_\_\_\_

\_\_\_ ejemplar (es) de la Publicación Científica  
No. 504 (*Características del peso al nacer*)

Español       Inglés

Precio por ejemplar \$US 10,00 \_\_\_\_\_

El precio de la publicación incluye correo ordinario (plazo de entrega 3 a 4 meses). Para servicio por correo aéreo agregue \$US 8,00 por ejemplar.

Enviar a:

Nombre/Institución \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Adjunto cheque o giro postal en \$US \*

Adjunto cheque o giro postal en moneda nacional \*\*

\*Los pedidos en \$US deben dirigirse a:  
Organización Panamericana de la Salud  
Distribución y Ventas  
525 Twenty-third St., N.W.  
Washington, DC 20037, EUA

\*\* Los pedidos en moneda nacional deben dirigirse a la Representación de la OPS/OMS en su país o a: BIREME, Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud  
Rua Botucatu 862, Vila Clementino  
CEP. 04023 São Paulo, SP, Brasil

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

HBI/EM

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD  
*Oficina Sanitaria Panamericana / Oficina Regional de la*  
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD  
525 Twenty-third Street, NW, Washington, DC 20037

FORMULARIO DE SUSCRIPCION  
*SUBSCRIPTION FORM*

Favor de suscribirme a: / *Please enter my subscription to:*

***Educación Médica y Salud***

Trimestral/*Quarterly*

- |                          |  |           |
|--------------------------|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Por un año / <i>For one year</i>         | \$US20,00 |
| <input type="checkbox"/> | Por dos años / <i>For two years</i>      | \$US36,00 |
| <input type="checkbox"/> | Por tres años / <i>For three years</i>   | \$US48,00 |
|                          | Número suelto<br><i>Single issue</i>     |           |
| <input type="checkbox"/> | Vol. ____ No. ____ Año/ <i>Year</i> ____ | \$US5,00  |

\_\_\_\_\_  
*Nombre/Name*

\_\_\_\_\_  
*Dirección/Address*

\_\_\_\_\_  
*Ciudad/City, Código Postal/Zip Code*

\_\_\_\_\_  
*País/Country*

\_\_\_\_\_  
*Firma/Signature*

\_\_\_\_\_  
*Fecha/Date*

En caso de RENOVACION DE SUSCRIPCION es indispensable devolver la etiqueta del sobre en el que recibe *Educación Médica y Salud*.

*In case of RENEWAL, it is indispensable to return the address label from the envelope in which you receive Educación Médica y Salud.*

**O**RGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD  
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

**O**RGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

---

La Oficina Sanitaria Panamericana —denominada hasta 1923 Oficina Sanitaria Internacional— se originó a raíz de una resolución adoptada por la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos (México, enero de 1902) en la que se recomendaba celebrar “una convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las repúblicas americanas”. Dicha convención (Washington, DC, 2-4 de diciembre de 1902) estableció la Oficina con carácter permanente. El Código Sanitario Panamericano (La Habana, 1924), ratificado por los gobiernos de las 21 repúblicas americanas, asignó funciones y deberes más amplios a la Oficina como órgano central coordinador de las actividades sanitarias internacionales en las Américas. La XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, 1947) aprobó un plan de reorganización en virtud del cual la Oficina se convirtió en el órgano ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana, cuya Constitución fue aprobada por el Consejo Directivo en su primera reunión (Buenos Aires, 1947). Durante la XV Conferencia Sanitaria Panamericana (San Juan, Puerto Rico, 1958) se decidió cambiar el nombre de Organización Sanitaria Panamericana por el de Organización Panamericana de la Salud. La Oficina, en cambio, permaneció con el mismo nombre.

En virtud de lo acordado en 1949 entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Oficina Sanitaria Panamericana desempeña las funciones de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. La Organización Panamericana de la Salud funge también como organismo especializado interamericano en la esfera de la salud pública y goza de la más amplia autonomía para cumplir con sus objetivos.

Los propósitos fundamentales de la Organización Panamericana de la Salud son promover las acciones y coordinar los esfuerzos de los países del continente tendientes a combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes. Con el fin de lograr estos propósitos, la OPS colabora con los Gobiernos Miembros en el desarrollo y perfeccionamiento de los servicios nacionales y locales de salud pública, fomenta la investigación y el desarrollo de tecnologías, facilita los servicios de consultores, concede becas, organiza seminarios y cursos de capacitación, coordina las actividades que llevan a cabo los países en relación con problemas comunes de salud pública, recopila y distribuye información epidemiológica y datos de estadísticas de salud y desempeña diversas funciones afines. A través de sus publicaciones, la OPS disemina información científica y técnica de carácter internacional.

**Gobiernos Miembros:** Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Grenada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela. **Gobiernos Participantes:** Francia, Reino de los Países Bajos, Reino Unido.

**Cuerpos Directivos:** Conferencia Sanitaria Panamericana (reunión cuatrienal), Consejo Directivo (reunión anual), Comité Ejecutivo (dos reuniones ordinarias al año).

**Oficina Sanitaria Panamericana:** Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director; Dr. Robert F. Knouss, Director Adjunto; Dr. Luis Carlos Ochoa Ochoa, Subdirector.

**PRIMERA CONFERENCIA IBERO-PANAMERICANA DE  
ESCUELAS DE SALUD PUBLICA. GRAN ENCUENTRO  
IBERO-PANAMERICANO DE SALUD PUBLICA ●**

**I. ENSEÑANZA DE LA SALUD PUBLICA EN LAS  
AMERICAS ●**

**II. SALUD COMUNITARIA Y BIENESTAR SOCIAL EN  
LOS GRUPOS DE ADULTOS Y ANCIANOS ●**

