

Volumen 26, No. 1

Enero/marzo 1992

Educación Médica y Salud



CIENCIAS SOCIALES Y
FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

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. 25, No. 3: Recursos Humanos: Nuevos campos de trabajo

Vol. 25, No. 4: Recursos Humanos en Salud: La Perspectiva Latinoamericana

Próximo número:

Vol. 26, No. 2: Liderazgo y formación avanzada en salud pública: La prestación de servicios de salud

Educación Médica y Salud

Volumen 26, No. 1
Enero/marzo 1992

1 **PRESENTACION**

Las ciencias sociales en la formación de personal de salud. *Saúl Franco A. y José Roberto Ferreira*

ARTICULOS

4 **La combinación de métodos: Pasos para una comprensión dialéctica del trabajo interdisciplinario.** *Juan Samaja*

35 **Historia, ciencias sociales y educación médica.** *Mario Hernández y Emilio Quevedo*

51 **La modernización del cientificismo y el arcaísmo nacional actual: El caso de la formación médica en el Perú.** *Juan Arroyo Laguna*

70 **Henry Ernest Sigerist—Pioneiro da história social da medicina e da sociologia médica.** *Everardo Duarte Nunes*

82 **La presencia de las ciencias sociales en la formación del profesional de enfermería.** *Nohemy B. de Infante, Lugardo Alvarez y Nancy Landazábal G.*

106 **Las ciencias sociales en la formación del odontólogo.** *Yadira Córdova*

115 **Las ciencias sociales y la formación en educación para la salud.** *Dora Cardaci*

128 **Centro Universitario de Ciencias de la Salud: Una propuesta de la Universidad de Buenos Aires.** *Mónica C. Abramzón*

143 **Avances en el fortalecimiento de la enseñanza de la salud pública en la República Dominicana: La concreción de un proyecto colectivo.** *Amalia del Riego Abreu y Rosa María Borrell Bentz*

RESEÑA

151 **Grupo de trabajo sobre evaluación de los posgrados en medicina social. Relatoria general.**

172 **NOTICAS**

CONSEJO 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

INFORMACION 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

L LAS CIENCIAS SOCIALES EN LA FORMACION DE PERSONAL DE SALUD

No basta con decir que sí, que son muy importantes. Es preciso intentar ir siempre más allá en el proceso de integrar la lógica, los contenidos, y el rigor de las ciencias sociales (CsSs) a la comprensión de los problemas de la vida humana y de la salud de los individuos y de la sociedad.

Una mirada panorámica a los programas de las escuelas y facultades en donde hoy se forman los médicos y las enfermeras, los odontólogos y los ingenieros sanitarios, los salubristas, los bioanalistas y las nutricionistas del Continente, permite observar la presencia real —y en algunos casos creciente— de las CsSs. Pero el panorama está muy lejos de ser satisfactorio. En muchas de las instituciones formadoras de personal de salud están totalmente ausentes aún las CsSs, o se tienen grandes prejuicios en su contra, o se les permite solo una presencia marginal y controlada. Y en buena parte de aquellas en donde han logrado tener algún nivel de desarrollo, ni los contenidos son adecuados y estimulantes; ni los métodos pedagógicos empleados en la transmisión y el intento formador logran suscitar el interés y el convencimiento; ni existe equilibrio entre las disciplinas sociales incluidas; ni el resultado final parece producir profesionales de la salud con mayor visión y claridad sobre la naturaleza, la dinámica y las consecuencias también sociales de la salud, la muerte, las enfermedades y las condiciones en que la vida se va realizando.

Uno de los mayores obstáculos para una integración dinámica de las CsSs a los procesos de formación de profesionales de la salud ha sido el punto de partida. Frecuentemente se ha pretendido partir de las propias disciplinas y su correlación profesional, y no de las demandas intrínsecas de la realidad y los diferentes problemas en que se expresan. Es decir, con demasiada frecuencia la presencia de las CsSs en los currículos del área de la salud ha obedecido más a una convicción académico-científica de profesionales tanto de la salud como de las propias ciencias sociales, que a un imperativo socialmente percibido y aceptado de los problemas que se enfrentan en el campo de la salud. Y mientras no sea una demanda in-

trínseca del campo sino una aparente o real imposición desde afuera, la integración será imposible. Seguirán siendo las CsSs algo extrínseco, algo importante pero ajeno, atractivo pero no científico, conveniente (o inconveniente) pero no esencial.

Cada vez se requiere de mayor número y mejor calidad de científicos de las CsSs que ayuden a tratar tales disciplinas con la necesaria rigurosidad metódica y riqueza teórica. Cada vez se requiere también de mayor tiempo en los planes de estudio para el aprendizaje y la práctica de estas dimensiones de la realidad. Pero, con todo, la prioridad en la estrategia hacia una integración orgánica de las CsSs en la formación de personal de salud no debe ser el incremento del tiempo disponible o de la planta de personal procedente de las disciplinas sociales. Puede ser, en cambio, aumentar el espectro de la problemática tratada en el proceso formativo y defender la científicidad y el estudio de la totalidad de cada problema que se aborda, de cada patología o fenómeno sanitario que se trate. Y allí aparecerá, desde dentro y sin ninguna duda, la necesidad del instrumental teórico-metodológico de la historia, de la antropología, del derecho, de la sociología, de la economía política. O sea, hay que contribuir a descubrir desde dentro y no imponer desde fuera la necesidad esencial de la racionalidad científico-social en los campos de la salud y de la vida humanas.

En un momento de la humanidad en el que el pragmatismo se presenta como norma y criterio en muchos campos, la aparente inutilidad e inaplicabilidad de las CsSs a la solución concreta de los problemas de salud, aparece también como argumento demoleedor para cualquier intento integracionista. Argumento que se ha visto reforzado por el teoricismo y el esquematismo con que se ha trabajado frecuentemente el tema y por la distancia a que se ha estado de los problemas prioritarios. La mejor respuesta no parece ser una contraargumentación teórica sino una persistente y sistemática demostración práctica de los horizontes que abre a la solución de los problemas la mejor comprensión de su naturaleza, su dinámica, sus significados y consecuencias. Y tal comprensión es imposible sin la participación orgánica de la científicidad social ya lograda por la humanidad.

En lo que va transcurrido de la segunda mitad de este siglo, la Organización Panamericana de la Salud ha estado estrechamente vinculada a los esfuerzos regionales por respaldar la adecuada integración de las CsSs tanto a los procesos de formación como a la práctica del personal profesional y técnico del campo de la salud. Dicho esfuerzo se ha traducido en el impulso a los Departamentos de Medicina Preventiva y Social; en la realización de investigaciones y publicaciones sobre diferentes aspectos del tema; en el apoyo a la creación, desarrollo y autoevaluación de los posgrados en medicina social; y en la realización de talleres, comités de expertos, reuniones y grupos de trabajo dedicados al asunto en cuestión.

La publicación del presente número de la Revista *Educación Mé-*

dica y Salud constituye tanto la reafirmación de lo hecho como el compromiso de continuar colaborando con los esfuerzos en marcha en la Región por lograr una integración orgánica del saber social al saber y a la práctica sanitarias. Se trató de dar presencia a avances conceptuales y metodológicos; a la reflexión sobre el acontecer específico del problema en diferentes disciplinas, profesiones y países; a la comunicación de experiencias novedosas en vía de realización, y a la voz autocrítica de algunos proyectos. Obviamente es imposible una cobertura temática, disciplinar o problemática total. Pero los trabajos seleccionados para la edición, a cuyos autores es muy satisfactorio expresar tanto los agradecimientos como el reconocimiento de la seriedad del esfuerzo realizado, aportan al reconocimiento del momento y apuntan en la búsqueda de propuestas y posibilidades para el futuro inmediato.

En este, como en muchos otros campos, lo realizado es infinitamente inferior a lo deseado y a lo requerido por la realidad. Pero si las bases son sólidas, las metas claras y el equipo suficiente y decidido —como parece ser hoy en el múltiple espectro socio-sanitario de la Región— son de esperar nuevas realizaciones, mejores respuestas, y aportes sustanciales. Si en algo este número contribuye a la ampliación del debate y a la formulación e implementación de respuestas, aportes y realizaciones nuevas, habrá logrado satisfactoriamente su objetivo.

Saúl Franco A.
Coordinador de la preparación
de este número

José Roberto Ferreira
Coordinador, Programa de
Desarrollo de Recursos Humanos,
OPS

LLA COMBINACION DE METODOS: PASOS PARA UNA COMPRESION DIALECTICA DEL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO¹

*Juan Samaja*²

PROPOSITO

En esta monografía intentaremos presentar de la forma más clara y ordenada posible las principales cuestiones y conceptos que se ponen en juego cuando se intentan integrar perspectivas metodológicas diferentes e, incluso, antagónicas (sean del campo de una misma disciplina o de distintas disciplinas). Una manera más comprometedora de denominar este intento (en lugar de “integrar perspectivas metodológicas diferentes”) podría ser: “dialectizar” el tratamiento de las diferencias metodológicas en la investigación científica.

Como resultado el lector deberá obtener algunas respuestas metodológicas a cuestiones vinculadas con el debate acerca de la integración de los enfoques clínico, epidemiológico y de la sociología médica y con la integración multidisciplinaria en cada uno de estos niveles, aunque pretendemos que estas ideas tengan un alcance válido también para otras disciplinas.

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PROBLEMA

Las vías por las que los investigadores terminan enfrentando la cuestión de tener que integrar métodos diferentes e, incluso, opuestos, se pueden agrupar en dos:

A. Una de esas vías es eminentemente práctica y se presenta,

¹ El presente artículo es una versión abreviada de *La triangulación metodológica: Pasos para una comprensión de la dialéctica de la combinación de métodos*. Monografía de 70 páginas presentada en el IV Taller Latinoamericano de Medicina Social, Caracas, 1991.

² Profesor Titular Regular de la Universidad Nacional de Buenos Aires.

explícita o implícitamente, a la hora de tener que procesar y analizar los datos que se han producido mediante diversos instrumentos, en la perspectiva de diversas disciplinas; a la hora de tener que conjuntar toda la información producida en un conocimiento único e integral.

En efecto, en el momento de tener que producir la síntesis del conocimiento que exprese *la unidad del objeto* de estudio, se plantean diversas modalidades de esta tarea: articular unos resultados con otros; apoyar unas mediciones con otras; contrapesar unos datos con otros; corregir unas fuentes con otras; correlacionar unas variables con otras; idear modelos particulares que permitan comprender cada una de las configuraciones encontradas; acoplar unos modelos con otros, etc.

B. La otra vía es más bien de índole doctrinaria o epistemológica. Nos referimos a las variadas polémicas que se han suscitado en las últimas décadas en torno a ejes que, aunque diversos, comparten algunos temas comunes. Entre tales ejes podemos mencionar los siguientes: enfoque atomístico (reduccionista) vs. enfoque holístico; métodos cuantitativos vs. métodos cualitativos; investigaciones tradicionales vs. investigaciones participativas; investigaciones verificativas vs. investigaciones exploratorias; investigaciones en donde predomina la búsqueda de pruebas empíricas para corroborar teorías previas vs. investigaciones donde predominan métodos heurísticos (para la búsqueda de nuevas categorías o de nuevas teorías); investigaciones en donde predomina el análisis estadístico vs. investigaciones en donde predomina el análisis histórico-crítico; investigaciones mediante instrumentos estandarizados (por ejemplo, encuestas) vs. investigaciones de campo, con procedimientos etnográficos (historias de vida; observaciones participantes e incluso ciertas variantes de la investigación clínica, cuyo mejor ejemplo sería la investigación psicoanalítica).

Agreguemos que todos estos ejes de polémica metodológica suelen hallarse acompañados por ciertas polémicas epistemológicas que se pueden resumir en la confrontación entre explicación vs. comprensión (1); o el enfrentamiento de nomología vs. ideografía.

Para finalizar, digamos que ambas vías se presentan conjuntamente a la hora de discutir la viabilidad de la "interdisciplina", como estrategia de investigación.

LA COMBINACION METODOLOGICA NO ES NOVEDOSA EN CIENCIAS SOCIALES

T. Jick (2) en su artículo *Mezclando métodos cualitativos y cuantitativos: Triangulación en acción*, sostiene que la combinación de métodos no es algo novedoso; es, por el contrario, un modelo que tiene ya una larga tradición en las ciencias sociales.

Pero junto con esta afirmación, T. Jick advierte que "aquellos

que utilizan múltiples métodos no explican generalmente su técnica con suficiente detalle para indicar exactamente de qué manera datos convergentes son recogidos e interpretados”.

Jick defiende la primera tesis sosteniendo que los métodos cualitativos y los cuantitativos son, en verdad, dos extremos de un *continuum*, más que “dos tipos de métodos distintos”. Para él, desde el momento mismo en que el investigador se enfrenta a la operacionalización de variables complejas (mediante la construcción de índices de muchos ítems o que supone la combinación de más de un indicador), tenemos una “combinación de procedimientos” que pone en juego la “integración metodológica”.

La tesis de T. Jick es que la integración metodológica se da en toda investigación científica: desde el grado mínimo en la construcción de una *medida resumen* en el interior de una variable que tiene muchas dimensiones, hasta el enriquecimiento de la interpretación de los datos obtenidos sobre el sujeto de estudio, relacionándolos con los datos de las variables del *contexto*.

Para ilustrar esta idea, propone un diagrama como el siguiente:

1	2	3	4
Construcción de escalas	Pruebas de confiabilidad	Pruebas de validación convergentes	Descripción contextual

En esta escala:

- el primer peldaño estaría constituido por los procedimientos para medir (para “cuantificar”, dice T. Jick), variables cualitativas de muchas dimensiones;
- el segundo peldaño corresponde a los procedimientos que llama de “validez interna” y que refiere a los procedimientos que combinan variantes o parcialidades del mismo instrumento para averiguar su *confiabilidad*;
- el tercer peldaño, por su parte, representa la confrontación de datos de una misma variable producidos mediante instrumentos de medición o procedimientos de medición diferentes; se trata de la “validación convergente” de instrumentos, y Jick la considera como la variante típica de la “triangulación”;
- el cuarto peldaño, por último, representa las descripciones holísticas que consisten en confrontar los datos producidos sobre un cierto fenómeno con los datos obtenidos sobre su contexto.

La premisa global sobre la que se asienta el valor universal de esta estrategia (que la hace casi inevitable) es la de que cada método, por

separado, es débil; no posee los elementos mínimos para despejar los interrogantes que plantean los datos que el mismo produce. Por el contrario, en la relación entre dos o más métodos surge la posibilidad de contrapesar resultados, ponderar resultados, enriquecer la comprensión de resultados y, además, cuando se producen incoherencias insalvables, la posibilidad de abrir nuevos horizontes de problemas, nuevos interrogantes.

Veamos ahora la segunda de las tesis de Jick: la que se refiere a la carencia de explicación detallada de los procedimientos que se aplican en el proceso de recolección e interpretación conjunta de datos producidos con métodos diversos.

Sin duda, este es el problema más importante que presenta el artículo de este autor. Sin embargo, en todo su desarrollo no encontramos una respuesta a esta cuestión. Ciertamente, no debíamos esperar respuestas simples. (La que nosotros mismos propondremos es —como se verá— bastante compleja.) Pero es un hecho que en su exposición no encontramos referencia a respuesta alguna: ni simple ni compleja.

En su defecto, lo que Jick nos entrega a lo largo de su interesante presentación es una reafirmación de las muchas ventajas que ofrece “la triangulación metodológica”, lo cual no deja de ser muy estimulante.

UN PRIMER PASO PARA ORDENAR LAS CUESTIONES PLANTEADAS

Pensamos que la forma más fructífera de reexaminar estas cuestiones consiste en adoptar una perspectiva realmente integral del proceso de investigación, de modo que se pueda tener presente, en todo momento, la totalidad de los elementos de su estructura y la secuencia de su dinámica.

Esta dinámica del proceso de investigación puede ser referida a: a) la secuencia de los esquemas de investigación (“exploratorio”, “descriptivo”, “explicativo” y “expositivo”); b) el proceso de transformación de las variables en observables (relaciones entre tipos de variables y tipos de indicadores); c) el proceso de explicación y comprensión como dialéctica del objeto y de sus contextos.

Las tesis que trataremos de desarrollar en el resto de la monografía son las siguientes:

A. Toda investigación contiene un desarrollo *desigual* y *combinado* de diferentes esquemas de investigación.

B. Las variables de toda investigación presuponen una génesis de sus indicadores a partir de investigaciones que transcurren en otros planos del objeto y esta génesis posibilita la construcción de distintos tipos de observables.

C. Toda investigación “se desarrolla” en una estructura jerárquica de objetos, “focalizando” un nivel, de modo que los objetos de otros

niveles proporcionan⁴ las dimensiones observables o los contextos de comprensión del nivel “actualmente focalizado”.

1. La investigación como proceso integral

Comencemos por proponer que la investigación científica es un proceso que se desarrolla en el conjunto de los conocimientos (sean conocimientos bien sustentados o meras conjeturas; sean ideas generales o informes sobre hechos particulares) que “ocurren” en el espíritu de los investigadores y que se exteriorizan mediante proposiciones.

Estas proposiciones contienen fundamentalmente enunciados acerca de relaciones de términos teóricos entre sí, entre estos y términos empíricos y de términos empíricos entre sí. A su vez, todo este “tejido” discursivo pretende producir una información sobre los fenómenos en toda su complejidad; sobre sus componentes y sobre sus contextos; sobre su situación actual, su pasado y su desarrollo futuro, etc.

En este sentido, el investigador (individual o colectivo) trabaja en una red de conceptos o “red nomológica” como la denomina Crombach (3), que presenta al menos dos perspectivas de análisis: a) mediante una diferenciación en las funciones metodológicas de los enunciados, y b) mediante una diferenciación en los tipos lógicos (es decir, presuponiendo una estructura jerárquica en la que algunas proposiciones se refieren a cierto tipo de fenómenos y a sus relaciones; otros a los elementos de aquellos y otros a fenómenos más complejos o de mayor nivel de integración).

Respecto a la diferenciación de las funciones metodológicas de las proposiciones que componen el tejido discursivo de una investigación científica, podríamos adoptar la tradicional distinción entre los diferentes tipos de hipótesis (4): a) las hipótesis sustantivas; b) las hipótesis de validez (o indicadoras —según M. Bunge (5), y c) las hipótesis de generalización (según Galtung (6)).

Una primera manera de reafirmar la necesidad de una perspectiva integral del proceso de investigación consistirá en ampliar el enfoque usual (centrado en las hipótesis sustantivas) con el propósito de poner de relieve las relaciones entre los dos tipos de hipótesis. Para ello haremos presente las tareas involucradas en cada una de ellas.

2. Análisis según la función metodológica de las proposiciones

Las hipótesis sustantivas de una investigación constituyen, como es obvio, el centro de gravedad de todo el proceso de investigación y pueden ser utilizadas como un buen eje ordenador de las cuestiones metodológicas que presenta el proceso en su conjunto.

Esto es así porque, como se verá, estos tres tipos de hipótesis se presuponen mutuamente y, bajo ciertas condiciones, se transforman las unas en las otras.

i) Las hipótesis sustantivas

Concebir a la investigación como un proceso significa recuperar la dinámica que está implícita en cada uno de los componentes de la investigación. La discusión y las definiciones conceptuales son, como se sabe, una parte esencial de las tareas implícitas en las hipótesis sustantivas de la investigación. En esta tarea, el examen del contenido de las categorías contenidas en las hipótesis normalmente produce como resultado un conjunto de dimensiones que pertenecen a matrices disciplinarias diferentes, tal como lo ilustraremos más adelante.

ii) Las hipótesis de validez

No basta con lograr una adecuada comprensión de cada uno de los conceptos (o variables) de la investigación y de sus dimensiones componentes; es preciso alcanzar también una definición efectiva para poder dictaminar, para cada sujeto, qué categoría de la variable le corresponde. Es preciso indicar de manera precisa qué tipo de manifestaciones y con qué intensidad deben darse para que el individuo *a* sea considerado como perteneciente o no al campo del atributo A.

El conjunto de supuestos científicos que nos permiten inferir que hay una relación válida entre ciertos observables y la variable teórica, es conocido con el nombre de “hipótesis de validez” o “hipótesis indicadoras”.

Por ejemplo, si la investigación debe decir si un cierto sujeto posee o no tal atributo, deberemos analizar a dicho individuo; o sea, examinaremos sus acciones, o sus roles, o sus logros (7).

Si la unidad estudiada es un actor, entonces los términos primitivos se refieren, por ejemplo, a acciones. En este caso se parte del supuesto de que un individuo es reducible a sus acciones. En cambio, si la unidad estudiada es una sociedad, entonces los términos primitivos se referirán a los individuos. Análogamente, en este caso, se presupone que la sociedad es reducible a sus individuos.

iii) Las hipótesis de generalización

Por último, debemos recordar que todo acto singular de medición puede ser considerado como una muestra de actos variadamente re-

petidos y, a su vez, un conjunto de sujetos observados es una muestra de una población de un tamaño n arbitrariamente grande. En ambos casos (confiabilidad del instrumento o confiabilidad de la muestra), el valor de la generalización está sostenido por el valor de los conocimientos que, a título de hipótesis, nos autorizan a dar el salto inferencial.

La elección de una estrategia para el diseño de investigación está completamente condicionada por la medida en que hemos podido construir y justificar cada uno de estos tipos de hipótesis. Para cada uno de estos tipos es preciso imaginar estrategias exploratorias, descriptivas o explicativas.

3. La combinación metodológica y la combinación de esquemas³ de investigación

El análisis de las funciones metodológicas de las proposiciones científicas permite una primera aproximación sistemática a los fundamentos lógicos de la combinación de métodos, porque el mero análisis de los contenidos generales de la dinámica de ellas pone de relieve el carácter transdisciplinario del objeto; primero, como análisis conceptual de las dimensiones de las variables (lo que se puede denominar “el modo especulativo de su tratamiento”); segundo, como la selección de procedimientos para su operacionalización (que se puede denominar “el modo empírico”); y tercero, como diversidad de planos posibles de extrapolación, en el modo inferencial y creativo del tratamiento de las variables. Veamos el siguiente esquema descriptivo, de uso corriente en los estudios sociológicos:

- I. Variables contextuales pasadas
 - 1. Lugar de nacimiento (nativo o extranjero); algunas veces también lugar de nacimiento de los padres.
 - 2. Tipo y tamaño de la comunidad en la cual ha pasado la mayor parte de su infancia (rural, pueblo, ciudad, metrópolis).
- II. Variables contextuales presentes
 - 1. Tipo y tamaño de la comunidad en la cual vive el entrevistado.
 - 2. Región geográfica del país.
- III. Antecedentes contemporáneos adscriptos
 - 1. Sexo.
 - 2. Edad.
 - 3. Grupo étnico.
 - 4. Filiación religiosa.

³ Empleamos el término “estrategia de investigación” con el mismo significado de “esquema de investigación”.

- IV. Antecedentes contemporáneos adquiridos
 - 1. Ocupación; algunas veces también ocupación del marido o la mujer.
 - A. Clasificación de acuerdo con el rango ocupacional (alto, mediano, bajo).
 - C. Clasificación de acuerdo con el ámbito institucional (comercial o industrial, gubernamental o político, educación o ciencia, religión, arte, instituciones de caridad, ama de casa).
 - 2. Situación familiar.
 - A. Estado civil (soltero, casado, viudo, divorciado).
 - B. Hijos (no tiene, hijos viviendo en la casa, hijos viviendo lejos de la casa).
 - 3. Pertenencia a asociaciones voluntarias (incluyendo asociaciones comerciales y sindicatos); afiliación o preferencia por partidos políticos.
- V. Situación pasada
 - 1. Ocupación del padre.
 - 2. Tipos de escuela a la que asistió.
 - 3. Servicio militar.
 - 4. Ocupaciones anteriores de dedicación exclusiva.
- VI. Estratificación
 - 1. Bienes.
 - A. Ingreso familiar.
 - B. Propiedad familiar
 - a. Residencia (propia, alquilada, pensión).
 - b. Bienes de consumo (automóvil, televisión).
 - 2. Conocimiento o competencia.
 - A. Años de escolaridad; a veces también, escolaridad del marido o mujer y educación de los hijos.
 - 3. Poder.
 - A. Posición ejecutiva.
 - B. Cargo político.
 - C. Cargo en asociaciones voluntarias (8).
- Nosotros agregaríamos:
- VII. Acciones específicas
 - 1. Opiniones (sobre diversos asuntos).
 - 2. Actitudes (hacia diversos asuntos).
- VIII. Características físicas
 - 1. Aspectos antropométricos (peso, estatura, color de piel, etc.).
 - 2. Salud (estado nutricional, inmunológico, etc.).
- IX. Características psicológicas
 - 1. Inteligencia.
 - 2. Personalidad, etc.

Hemos citado en extenso a Zetterberg y hemos agregado otros items de nuestra propia "cosecha" porque nos interesa ilustrar con mucha vivacidad lo que creemos que es un hecho universal en la investigación, pocas veces señalado de manera expresa: nos referimos a la inherencia de la interdisciplina en el seno de cualquier investigación social.

En efecto, si se examina cada uno de estos items del esquema descriptivo de los estudios sociológicos, se advertirá que la elaboración conceptual, empírica e inferencial de las variables comporta enfoques y métodos de disciplinas diferentes.

¿Qué significa el haber nacido en una comunidad A o en una comunidad B? ¿Tener una u otra situación familiar? ¿Tener esta o esta otra filiación étnica? ¿Tener o no tener un estado nutricional normal? ¿Tener este tipo o este otro tipo de actitudes?, etc.

No basta con disponer y registrar los datos. Es preciso poder comprender la naturaleza de la información que esos datos aportan y esto no está patentizado en términos aislados. Cada uno de los términos significan ciertos conceptos que, como tales, son inseparables de los sistemas científico-disciplinarios de donde proceden (es decir, de los desarrollos teóricos y empíricos de las disciplinas respectivas).

En el transcurso de la fase exploratoria que recorre cualquier proyecto de investigación, la obligada revisión de las principales categorías de análisis que se emplearán, de las restantes variables que involucra el marco teórico del problema y de los instrumentos de medición disponibles, nos impone reconocer los siguientes puntos: a) lo que se llama el "espacio de atributos" de la investigación invariablemente constituye un tejido de conceptos multidisciplinarios; b) esas diversas categorías (o variables) proceden de contextos disciplinarios cuyos "estados del arte" respectivos son diversos entre sí; consecuentemente, c) la puesta a punto del marco teórico de una investigación, del diseño de los métodos y del tratamiento y análisis de los resultados que se obtengan, obligará a los investigadores a ejecutar o presuponer tareas investigativas que corresponden a diversos esquemas de investigación; en algunos casos habrá que asumir el "estado" exploratorio en el que se encuentra; en otros, el estado descriptivo, relativamente sistematizado, del que procede; en otros, se podrán invocar las pruebas experimentales de que ya se disponen, etc.

Cuando el investigador caracteriza el "estado del arte" (es decir, el grado de avances logrados) sobre la situación problemática de su proyecto, lo hace por referencia a las variables centrales de la investigación (= las variables *focales*), pero no significa que en la ejecución de la investigación concreta no tenga que afrontar "un desarrollo desigual y combinado" de esquemas o estrategias.

Nos hemos detenido, quizás excesivamente, en esta cuestión del "desarrollo combinado y desigual" de los esquemas o estrategias de investigación por una razón de peso: en efecto, no resulta difícil advertir que

gran parte del enfrentamiento entre las metodologías cualitativas y cuantitativas se resuelve en término del enfrentamiento entre esquemas exploratorios vs. esquemas verificativos.

Reflexiones epistemológicas complementarias

El entusiasmo que despertaron los llamados métodos cualitativos estuvo ligado al sentimiento de liberación que produjo la revalorización de los trabajos exploratorios y de producción de teorías. Estos trabajos habían quedado completamente marginados bajo la influencia enorme de la concepción hipotético-deductivista de Popper.

En efecto, la obra *Lógica de la investigación científica* de K. Popper (1934) contribuyó de manera decisiva a difundir el presupuesto de que lo peculiar del trabajo científico consiste en diseñar los procedimientos para aportar las evidencias de observación destinadas a corroborar o refutar las hipótesis adoptadas desde el inicio mismo de la investigación.

Sin embargo, concebir así al trabajo científico —como la tarea de “contrastar hipótesis”— es “tomar al rábano por las hojas”, y fragmentar incorrectamente la complejidad del proceso de investigación.

La epistemología popperiana tuvo el grave inconveniente de marginar del campo de incumbencia de la lógica de la investigación los momentos *exploratorios*, *descriptivos* y de *sistematización teórica*, para dejar solamente el momento *verificativo*.

El proceso de investigación científica es, en cambio, como se desprende de todo lo anterior, un proceso complejo y de carácter orgánico en el cual el desarrollo de cualesquiera de sus partes está inmediatamente condicionado y es condicionante del desarrollo de las partes restantes.

De ese modo, “la lógica de la investigación científica” (para decirlo con los términos popperianos) no es solo la lógica deductiva, aplicada al contraste de hipótesis preexistentes, sino también (y en mayor medida aún) la lógica inductiva que acumula observaciones; la lógica analógica (transductiva o abductiva) (9) que idea hipótesis o proporciona modelos de interpretación mediante extrapolaciones; e, incluso, si la hubiere, las lógicas poéticas (Vico), del inconsciente (Freud, Lacan), que opera en los actos de la creación científica, o —tal como la ha presentado H. Poincaré— una lógica que, guiada por el sentido de la belleza, es capaz de “inferir” la mejor solución entre las soluciones posibles en un proceso que pareciera escapar a toda prescripción metodológica formalizable (10).

Una concepción semejante creemos advertir implícita en la noción de “sensibilidad teórica” que emplearon Glasser y Straus en *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research* (11).

Podemos resumir lo anterior diciendo que cada investigación abre, en torno de su cuestión focal, cuestiones periféricas cuyos procesos

necesariamente presentan desarrollos desiguales y, consecuentemente, obligan a la combinación de diferentes estrategias metodológicas.

Un ejemplo (que es clásico) lo encontramos en las exigencias que los estudios verificativos astronómicos de Galileo (su tema focal) plantearon en el campo de los estudios exploratorios de la óptica (tema periférico de carácter instrumental).

En consecuencia, la primera *condición lógica de la triangulación metodológica* consiste en el hecho del desarrollo desigual y combinado de las disciplinas implicadas en las dimensiones del objeto de la investigación.

Sin embargo, cuando se intenta comprender de manera detallada la base lógica que hace posible esta combinación de métodos (como se lo propuso T. Jick) no basta con referir estos esquemas a una mera secuencia temporal. Creer que la complementación metodológica se justifica por el hecho de que toda investigación debe recorrer primero una estrategia exploratoria, luego una descriptiva, posteriormente una explicativa y finalmente una de exposición sistemática y que, además, los distintos aspectos del objeto complejo recorren esta secuencia de manera desigual es aún una visión del asunto, por un lado, demasiado 'externa', y, por otro, fragmentaria.

Además de estas combinaciones entre estrategias inductivas, analógicas y deductivas que predominan en estas diferentes estrategias metodológicas, es preciso que podamos comprender el mecanismo de esas transiciones y relaciones estructurales que se dan entre esas estrategias metodológicas diferentes.

EL PROCESO DE TRANSFORMACION DE VARIABLES A OBSERVABLES Y VICE VERSA

El segundo paso que tenemos que dar si queremos poner al descubierto las bases lógicas de la "triangulación metodológica", consiste en profundizar la relación que existe entre las dimensiones del objeto y sus observables.

Esta segunda perspectiva de análisis de la complejidad del discurso de la ciencia es, con mucho, la más importante de las dos y nos pone en relación con el núcleo mismo de los procedimientos lógicos de la metodología científica en general y de la triangulación en particular.

Algunos conceptos preliminares

"Constantemente nos empeñamos en descomponer de alguna manera la realidad en una multiplicidad de objetos identificables

y discriminables a los que nos referimos mediante términos singulares y generales. El hablar de objetos es tan inveterado que afirmar que lo hacemos parece no decir absolutamente nada; pues, ¿qué otra manera hay de hablar?" (Quine, W. N. *Hablando de objetos.*)

Deberemos, antes que nada, revisar algunas de las principales nociones de la metodología; la más importante será la de "Matriz de datos".

En efecto, una de las maneras más exitosas de reducir la complejidad de un objeto de estudio empírico es traducirlo al lenguaje y análisis de "variables". Este lenguaje ha permitido a muchas generaciones de investigadores simplificar efectivamente la complejidad de su objeto de estudio (reduciéndolo a "unidades de análisis", "variables" y "valores de variables"), pero también es cierto que nos ha dejado siempre la sensación amarga de que tal simplificación se conseguía al costo de perder al objeto mismo (véase, Blumer (12). En efecto, el pensamiento científico moderno no admite, más que transitoriamente, la idea de individuos o especies fijas (13), y frente a eso, el lenguaje de variables aparece como infinitamente fragmentario y rígido. Nosotros vamos a intentar introducir en el análisis de ese lenguaje la perspectiva de la dialéctica, mostrando que es posible tratarlo como una fase necesaria, aunque transitoria, del análisis integral por el que se reconstruye en el concepto la dinámica originaria del objeto complejo.

Empecemos por recordar la tesis con que Galtung al inicio de su libro presenta la noción de "Matriz de datos": comienza por sostener que pese a la gran extensión de asuntos que interesan a las ciencias sociales, encontramos que sus datos presentan una estructura común que, aunque no sea inmediatamente evidente, siempre es posible descubrirla o imponérsela. En primer lugar, menciona a "*los elementos de análisis o unidades de análisis*, tales como seres humanos o naciones o unidades aún más complejas" (y sugiere que este componente puede ser el más importante de los tres que integran la matriz). Seguidamente menciona a "*las dimensiones o variables* que uno desea conocer en cuanto a las unidades, tales como el consumo de energía *per capita*, o las respuestas a ciertas preguntas estratégicas en un estudio acerca de una elección", etc. Y, por último, presenta "*los valores*" es decir, las posibles categorías de cada variable: "las respuestas o resultados que se obtienen cuando las unidades se exponen a los estímulos o a las condiciones según las cuales el sociólogo desea estudiarlas" (14).

El nombre de "matriz de datos" se debe a que en esa disposición cuadrangular de los datos se hace particularmente visible su "estructura tripartita". Las unidades de análisis ocupan la dirección de las hileras, las variables la de las columnas y los valores aparecerán en el cruce de hileras y columnas, tal como se ve en el diagrama.

Unidades de análisis	Variables		
	Tamaño	Valor en UA\$	Ocupación, etc.
Lote No. 23	400 m ²	1500	baldío
Lote No. 47	720 m ²	2000	baldío

Un tipo de matriz como la del diagrama anterior proporciona la información correspondiente a un único momento: es una matriz sincrónica. Podría tomarse una de esas unidades de análisis y estudiarla en tiempos diferentes, con lo que dicha unidad de análisis se transforma en un universo de “estados” diversos del mismo sistema. Estamos ahora ante una “matriz diacrónica” (en términos de Galtung) (15) o ante “una línea de comportamiento” (en terminología de Ashby (16). Una mayor riqueza y complejidad de información se obtiene combinando ambos tipos; es decir, repitiendo una matriz sincrónica para distintos momentos (o estados) de sus unidades de análisis. El resultado de esta combinación nos da lo que Galtung denomina “caja de datos” y Ashby “campo de comportamiento”. En lo que sigue, y por razones de simplificación, al hablar de matriz de datos nos referiremos solamente a la estructura básica que está implicada tanto en la presentación sincrónica (distintos individuos en un mismo momento) como en la diacrónica (distintos “estados” de un mismo individuo).

Algunos postulados adicionales

Vamos a retomar los conceptos de Galtung desarrollando bajo cuatro postulados las nociones que permitan esclarecer la cuestión de la combinación metodológica que tratamos. Los postulados a que nos referimos son los siguientes:

1. Todos los datos de todas las investigaciones científicas de todas las disciplinas poseen esta estructura invariante que llamamos Matriz de datos. Dicho de otra manera: la Matriz de datos es una *estructura invariante* de los datos científicos de cualquier ciencia empírica (¡y no solo de la sociología!). (Esta tesis es decisiva para establecer un campo de conmensurabilidad entre las disciplinas para posibilitar la integración metodológica multidisciplinaria.)

2. Todas las investigaciones científicas no definen una sola matriz de datos (es decir, un único tipo de Unidades de Análisis [UA]), sino *un conjunto de matrices de datos* que guardan entre sí relaciones lógico-metodológicas de subordinación o de supraordinación en una jerarquía de niveles o de coordinación en un mismo nivel. Dicho de otra manera: toda investigación determina “un sistema de matrices de datos”. (Ahí encuentra su lugar propio la metodología sistémica.)

3. La estructura del dato científico debe ser completada con un cuarto lugar, a los elementos ya citados (UA/V/R) hay que agregarle un cuarto elemento: los esquemas indicadores que concebiremos como “los procedimientos aplicados a dimensiones relevantes de la variable para efectuar su medición”.

4. Entre los elementos de cada matriz de datos y entre las matrices del sistema de matrices se produce una dinámica de transformaciones que es susceptible de tratamiento lógico. (En esto encuentra su aplicación la lógica dialéctica.)

A. Una prueba a favor de la primera de estas tesis se lograría mostrando que “la estructura tripartita UA/V/R” es isomorfa a la estructura del método que Ashby denomina “*el método de especificación del comportamiento de un sistema mediante variables*”. Ashby muestra en *Proyecto para un cerebro* que dicha estructura, compuesta por las nociones de *sistema/variable/magnitud*, se aplica indistintamente a experimentos mecánicos; a investigaciones en cinética química; a estudios fisiológicos, psicológicos, etc.

Al caracterizar los requisitos del método que él pretende establecer, sostiene que:

“... el que aquí propongo tiene que tener la peculiaridad de ser aplicable a todos; por así decirlo, ha de especializarse en lo general”. (*Op. cit.* pág. 28.)

En lo fundamental, la estructura de la “matriz de datos” es, como dijimos, isomorfa a este método aplicable en general de Ashby. Consecuentemente, también la matriz de datos será una estructura que podrá aplicarse a los datos de todos los objetos de la investigación científica.

B. La segunda tesis en lo esencial sostiene que, por muy restringida que sea la investigación, ella determina como mínimo tres matrices de datos que se relacionan entre sí como estratos de una jerarquía (17):

1. La matriz central o “la matriz de datos” (a secas). Nosotros la llamaremos de ahora en adelante Nivel de anclaje o N_a para aludir a que la investigación dada ha decidido “anclar” en ese nivel, entre otros posibles.

2. Una matriz constituida por los componentes (o partes) de las unidades de análisis del *nivel de anclaje*. Llamaremos a esta matriz cuyas Unidades de Análisis son, respecto del N_a , *subunidades*, Nivel sub-unitario o N_{-1} .

3. Finalmente, una matriz constituida por los contextos de las unidades del N_a . Llamaremos a esta “matriz supraunitaria” o N_{+1} .

En efecto, no resultará difícil admitir que toda investigación científica, presupone *invariablemente* que: a) sus objetos (UA/ N_a)⁴ son ana-

⁴ El símbolo “UA/N . . .” debe leerse: “unidad de análisis del nivel de . . .”.

lizables en partes (UA/N_{-1}), y que las variaciones de estas partes son relevantes para la determinación de los atributos de esos mismos objetos (UA/N_a), y b) sus objetos están incluidos en contextos (UA/N_{+1}) cuyas variaciones son relevantes para la determinación de los atributos de los objetos estudiados (UA/N_a).

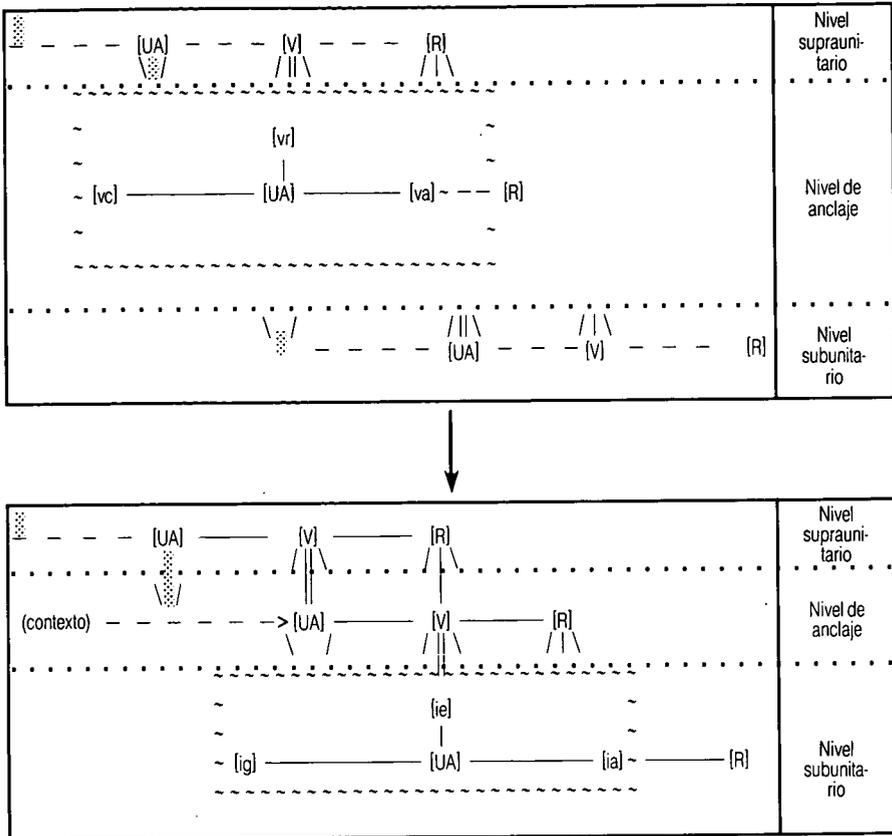
Dicho con un ejemplo simple: cualquier investigación sobre viviendas (supuesto el caso que se haya decidido que el estudio se efectúe en un universo formado por viviendas pertenecientes a un cierto número de barrios), los investigadores necesariamente deberán referirse a componentes de las viviendas (materiales; número de ambientes; grado de asoleamiento; cantidad de superficie, etc.). Algunos de estos aspectos de la vivienda pueden ser de tal naturaleza que para poder averiguar el valor que le corresponde a una vivienda dada, sea preciso antes determinar el comportamiento de sus partes. Por ejemplo, podría ser que el grado de asoleamiento se determine mediante un índice que combine el tamaño de las aberturas que reciben sol y el tiempo durante el cual lo reciben, para lo cual será necesario medir cada abertura de cada vivienda y hacer con tales medidas las operaciones del índice respectivas (por ejemplo, promedios, desvíos, etc.) Se advierte bien, entonces, que el estudio de la vivienda (unidad de análisis de anclaje [UA/N_a]) es tributario de un estudio previo de sus aberturas (unidad de análisis de nivel subunitario (N_{-1})). De manera semejante, hay atributos de la vivienda (por ejemplo, proximidad a vías de transporte, valor promedio de la tierra donde la vivienda está ubicada, etc.) que requiere estudios de atributos de un nivel de integración superior: en este caso, el barrio o área residencial. En este segundo caso, se advierte que el estudio de la vivienda (UA/N_a) exigirá estudios en un nivel superior, como dijimos, de barrios o áreas residenciales (UA/N_{+1}). Las variaciones de los atributos de estas supraunidades son, pues, consideradas relevantes para la comprensión de las (UA/N_a).

La Figura 1 ilustra, aproximadamente, las relaciones jerárquicas que presentaría un sistema elemental de matrices de datos. (El lector deberá advertir que las relaciones espaciales no permiten en este caso simbolizar más que algunas pocas relaciones de las que se ponen en juego entre las matrices de distinto nivel.)

Se verá que hemos unido con trazos verticales a elementos diferentes de las matrices de distinto nivel: con línea simple (\rightarrow) hemos unido a la variable del nivel inferior con el valor del nivel inmediato superior; con trazo doble (\Rightarrow) a la unidad de análisis del nivel inferior con la variable del nivel superior; y hemos agregado una flecha con un trazo lleno [\lll] para simbolizar la proyección de la [UA] del nivel superior sobre el nivel inferior.

¿Qué deseamos significar con esto? Repitamos, antes que nada, que no pretendemos señalar *todas* las relaciones lógico-metodológicas posibles que se pueden dar entre matrices de distinto nivel. Solo queremos

FIGURA 1. Relaciones jerárquicas de un sistema de matriz de datos.



llamar la atención sobre las relaciones más importantes, a saber: a) que las variables de nivel inferior pueden funcionar como dimensiones (= items; = subvariables) para construir indicadores que nos permitan conocer el *valor* de variables del nivel superior; b) que las unidades de análisis del nivel inferior pueden ser elementos componentes cuyos comportamientos se expresan como variables del nivel superior, y c) que las unidades de análisis del nivel superior pueden revestir (y con frecuencia así ocurre) el carácter de *contextos* de los niveles inferiores.

Según lo que hemos expuesto, se puede afirmar que las variables son predicaciones posibles sobre "*sujetos*" que se comportan "según la forma de una caja-dentro-de-otra-caja" (18), es decir, como sistemas compuestos por subsistemas y, a su vez, incluidos en sistemas mayores de los cuales son subsistemas.

Como conclusión de todo lo anterior, vamos a sostener que cuando focalizamos un cierto plano del objeto complejo, como nuestro Nivel de anclaje N_a , estamos “abriendo” un universo del discurso mediante la puesta en acción de tres principios:

1. El *principio de individuación*, mediante el cual el sistema focalizado se fija como el nivel elemental de esa “región ontológica” N_a .

2. Un *principio de partición*, mediante el cual se presume que el nivel elemental aunque no es “descomponible” (19) puede ser, no obstante, analizado, pero solo con propósitos de medición o de observación, lo que debemos reconocer como decisivo, puesto que acá es en donde operan los *esquemas indicadores* N_{-1} ; (hablaremos de “partes no separadas” (20) para referirnos a este plano de análisis N_{-1} , ubicado por debajo del “límite del análisis” fijado por la UA del N_a).

3. Un *principio de participación*, por el cual el sistema focalizado (o N_a) presupone un sistema mayor [N_{+1}], que tiene la propiedad de ser “casi descomponible”, en el sentido de H. Simon (ver nota) y que nosotros ampliaremos más adelante. Este *principio de participación* (por el cual se presupone que las entidades estudiadas integran contextos relevantes para su comprensión) será de especial interés a la hora de avanzar en la comprensión del proceso de la explicación científica, como búsqueda de las relaciones necesarias que determinan las entidades del nivel focalizado y que, finalmente, tienden a suprimir, conservar y superar el presupuesto de “casi descomponibilidad” del que habíamos partido al abrir nuestro universo del discurso.

Pues bien, a *esta triplicidad de principios* que operan en la apertura del proceso de investigación vamos a darle un único nombre para una mejor comprensión de sus implicaciones; lo vamos a llamar: *principio de concreción*.

El puesto de los indicadores en la matriz de datos

En cualquier momento que se inicie una investigación científica, siempre ella hereda resultados de procesos previos. Dicho de otra manera, el proceso de la investigación científica presupone entre sus condiciones de realización, conocimientos previos; decisiones previas acerca de qué sea relevante o no en la “naturaleza” de la entidad estudiada y de qué manera será posible ponerlo en relación con el estado de cosas de la realidad misma.

A. En cuanto a tipos de variables y dinámica de procesos, vamos a anticipar en lo que sigue una tipificación de las variables (21) que discutiremos en el próximo párrafo. Necesitamos, no obstante, adelantarlo para completar nuestra justificación del puesto de los indicadores en la estructura del dato.

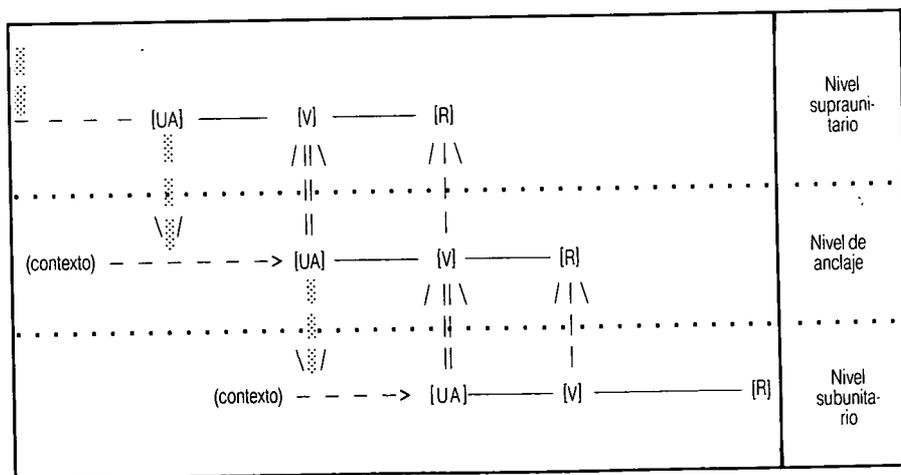
Supuesto que nuestro nivel de anclaje (N_a) (o entidad de estudio) siga siendo *la vivienda*, advertimos que entre los conceptos previos con los cuales concebimos ese objeto habrá:

- algunos atributos que aparezcan como atributos *propios de cada vivienda* (por ejemplo, el número de ambientes, o su índice de asoleamiento, o la calidad de su envolvente térmico, etc.)
- otros atributos aparecerán como *determinaciones reflexivas*, es decir, como surgiendo de una cierta relación con algunas otras de las viviendas o a unidades de servicios públicos (por ejemplo, distancias a viviendas del entorno, accesibilidad a centros o servicios públicos, etc.), y
- finalmente, habrá otros atributos de la vivienda que aparezcan como determinados por las características propias del contexto más amplio (por ejemplo, tipo del área de ubicación; valor de la tierra, etc.).

Entonces, según la manera en que se aparezcan los atributos de nuestra entidad de anclaje, podemos clasificarlos como: a) variables absolutas (propias de cada vivienda); b) variables relacionales o comparativas (emergentes de una cierta relación con otra u otras unidad/es del nivel), y c) variables contextuales (emergentes de las características del o de los contexto/s).

En la Figura 2 se ha agregado —flanqueando a la [UA] del Nivel de anclaje— las abreviaturas de las variables absolutas [va]; relacionales [vr] y contextuales [vc].

FIGURA 2. Transformación de variables en indicadores en un nivel de anclaje.



Pues bien, si ahora cambiamos nuestro nivel de anclaje, pasando al nivel superior, fácilmente concluimos que lo que fue nivel de anclaje se torna nivel subunitario, y sus variables se convierten en indicadores de las variables del nuevo nivel de anclaje, lo que se observa en la parte inferior de la Figura 2.

Flanqueando a la UA del nivel subunitario, las que antes eran variables absolutas relacionales y contextuales, aparecen ahora transformadas en indicadores analíticos, estructurales y globales, respectivamente. (Se agregan, en consecuencia, las iniciales correspondientes: “indicadores analíticos” [ia]; “indicadores estructurales” [ie] e “indicadores globales” [ig].

Se puede concluir, entonces, que un indicador analítico es el resultado de un cambio de nivel por el cual una variable absoluta de un nivel subunitario es empleada como dimensión para construir un indicador del nivel unitario. Es, en consecuencia, un exponente de un logro científico previo que ha sido transformado en un presupuesto instrumental. Y lo mismo se puede decir de los dos indicadores restantes: que son variables de investigaciones de estudios ya logrados (o que *se presuponen* suficientemente establecidos).

Resulta evidente, entonces, que los indicadores no son “flores del aire” sino la expresión de una historia viva en la que se inscribe cada trabajo científico. Se comprende, igualmente, el interés que reviste incorporar el lugar de los indicadores explícitamente a la *estructura del dato científico* puesto que permite superar la visión instrumentalista de los indicadores y, además, restituir la continuidad del proceso de investigación, ligando cada objeto de estudio con el proceso en que se han ido construyendo sus observables.

Nosotros vamos a proponer que todo dato científico vincula un concepto con un “estado de cosas” del mundo externo, mediante la ejecución de un procedimiento aplicado a alguna dimensión considerada “observable de dicho concepto”.

Aspectos lógicos de la dinámica de transformaciones entre matrices

De lo dicho anteriormente necesitamos rescatar el hecho de que la investigación científica (que pareciera transcurrir predominantemente en el plano de las variables sustantivas, es decir, en el Nivel de anclaje N_a) es tributaria de un proceso constructivo (que se ha realizado previamente o que se deberá realizar según lo exija el desarrollo presente); de un proceso constructivo, decíamos, que transcurre o transcurrirá en otros niveles de integración (en los N_{+1} de las variables de los diversos contextos y en los N_{-1} , de sus diversas partes constitutivas).

Estos procesos de investigación en que se construyen las variables de las hipótesis sustantivas, aunque aparentemente han quedado ya atrás,

se encuentran en estado de permanente revisión y desarrollo. Debemos ahora examinar los fundamentos lógicos de esta dinámica metodológica que acabamos de presentar.

SOBRE EL PRINCIPIO DE CONCRECIÓN

El principio de individuación

Podemos afirmar que el rasgo más general del presupuesto metodológico del conocimiento científico consiste en la “individuación” de la realidad (22).

Toda investigación científica busca establecer ciertos predicados, conocer ciertas relaciones, etc. Pero estos predicados y estas relaciones definen (explícita o implícitamente) unos ciertos entes (o sujetos) y, precisamente, el esfuerzo investigativo consistirá en contestar a preguntas sobre cómo se presentan esos predicados y esas relaciones en esos sujetos.

Creemos que T. Kuhn apuntaba a este aspecto general de la metodología científica cuando escribía en su célebre monografía:

“La investigación efectiva apenas comienza antes de que una comunidad científica crea haber encontrado respuestas firmes a preguntas tales como las siguientes: ¿Cuáles son las entidades fundamentales de que se compone el Universo? ¿Cómo interactúan unas con otras y con los sentidos? ¿Qué preguntas pueden plantearse legítimamente sobre esas entidades y qué técnicas pueden emplearse para buscar las soluciones?” (*La Estructura de las Revoluciones Científicas*, México, Ed. FCE, 1980, pag. 25.)

El mecanismo consistiría invariablemente en presuponer un cierto componente elemental o unidad de análisis, en la cual se estudian atributos, comportamientos, relaciones, funciones, etc.

El principio de partición

Sin embargo, como se vio, este límite del análisis que fija el procedimiento de “individuación” no es un límite absoluto. Por el contrario, el científico presupondrá siempre (y esto, por razones esenciales) que su unidad de análisis tiene *partes* (que en la perspectiva de su sistema son “partes no separadas”) y, en consecuencia, puede ser *provisionalmente dividido*; analizado (como ya vimos, con propósito instrumental). Más aún, gran parte de la investigación científica consistirá en indagaciones en los comportamientos de esas “sub-unidades” (o sub-individuos), a fin de dar cuenta de las propiedades o relaciones de las unidades mismas. Y por otra parte,

también presupondrá que sus unidades de análisis son, a su vez, partes que pertenecen a totalidades mayores, precisamente las totalidades de las cuales ellas son “unidades de análisis”.

El principio de participación

Por último, resta comentar este último principio, por el cual se afirma que toda unidad de análisis forma parte de conjuntos de mayor nivel de integración.

La lógica moderna debió llamar la atención sobre el “hecho” de que un predicado pueda ser considerado como una entidad individual de un nivel superior y, en consecuencia, de que se constituyan predicados de predicados, etc. La teoría de los tipos lógicos (que inició B. Russell) introdujo la convención de hablar de órdenes (cero, 1, 2 . . . n . . .) de predicados. Sin embargo, es necesario observar que no es igualmente factible considerar cualesquiera predicados como entidades individuales.

Veamos los siguientes juicios:

- | | |
|---|-----|
| Pedro es rubio | (1) |
| Pedro es adolescente | (2) |
| Pedro se crió en una familia desintegrada | (3) |

La lógica de conjuntos nos permite considerar a estos juicios como una relación de pertenencia de un elemento (Pedro) a la extensión de diversos conjuntos (o predicados: A = “ser rubio”; B = “ser adolescente”; C = “haberse criado en familias con X grado de integración”).

De modo que los juicios anteriores se expresarían de la siguiente manera:

- [1] como $a \in A$;⁵
- [2] como $a \in B$ y
- [3] como $a \in C$

Debido a la perspectiva extensionalista, la teoría de los tipos, antes mencionada, concibe a los tres predicados anteriores (A, B y C) como de “primer orden”, respecto de Pedro (al que le corresponde el *orden 0*). Pero, como vimos, aunque esos predicados pertenezcan al mismo orden, hay entre ellos notables diferencias en cuanto a la “eventualidad” de que se transformen en una entidad individual de un orden superior. Es necesario, entonces, caracterizar esas diferencias, tal como lo hace Galtung, al diferenciar en diversos tipos a estas unidades de orden superior. En efecto, podríamos decir que la extensión del predicado del juicio [1] (“ser

⁵ El signo \in debe leerse: “. . . pertenece a . . .”.

rubios”) es, por ejemplo, en Francia, *un conjunto de unidades sin estructura* (no hay mayores evidencias, —en Francia al menos— de que los niños rubios establezcan relaciones de asociación de ninguna naturaleza). No pasa lo mismo con los adolescentes: en este caso nos encontramos con un predicado que define un conjunto de unidades relacionadas, aunque débilmente: “todas las unidades están conectadas, pero no necesariamente de manera directa”.

Por último, la extensión del predicado del juicio [3] define, en cambio, un conjunto (la familia) en donde todas las unidades están conectadas directamente entre sí: “es un sistema —dice Galtung— pero con una relación de interacción binaria fuertemente conectada”. (Puede consultarse para mayor claridad, la “tipología de colectividades de primer orden” que propone Galtung (23).

Creemos, entonces, que es lícito concluir que la “eventualidad” de *considerar a un conjunto como un objeto* tiene que ver con los hechos reales mismos, es decir, con el comportamiento de las unidades en tanto ellas se comportan con mayor o menor autonomía unas respecto de las otras.

Dialectización de la tipología de variables y de indicadores

Nosotros —en el marco de este desafío de exponer las bases lógicas de la combinación de métodos, como “dialectización metodológica”— vamos a sostener que hay una estrecha relación entre a) la clasificación de las variables en *absolutas, relacionales y contextuales* y la clasificación de los indicadores en *analíticos, estructurales y globales*; b) los grados de interconexión de los componentes al interior de las unidades (que expresa la tipología de Galtung citada en la nota anterior), y c) el *método de ascenso de lo abstracto a lo concreto* que postula la dialéctica (24).

Advirtamos inmediatamente que la ubicación de una variable en algunas de las clases antedichas (absoluta, relacional o contextual) no debe ser entendida como fijando un carácter absoluto y definitivo a cada variable. Ya hemos visto anteriormente que el mismo predicado “ser rubio” puede llegar a tener un alcance relacional e incluso contextual (es decir, operar como una institución política) en sociedades como la sudafricana.

Adelantemos brevemente una consideración sobre este importante capítulo de la *lógica dialéctica*: nos referimos a la idea de un proceso evolutivo, transformativo de un tipo a otro tipo de variable. Por ejemplo, una variable de la físico-química, como “dureza” puede ser conceptualizada como variable absoluta (el juicio “el hierro es duro”, conlleva, implícitamente, el pensamiento de que la “dureza” pertenece al hierro; es parte de su “ser-en-sí”). La misma variable puede ser conceptualizada como variable relacional —lo que hoy por hoy es un lugar común: así, el juicio “el hierro es más duro que el plomo” presupone que la dureza es una forma de

comportarse del hierro respecto de otra cosa: es parte de su "ser-para-otro". Finalmente, cabe la posibilidad de concebirla como una variable contextual en la medida en que la determinación del hierro sea concebida como una emergente del comportamiento del conjunto de las durezas relativas de todos los minerales. Una expresión abstracta de esa concepción la daría el juicio "el hierro está en segundo lugar en la escala de durezas". El juicio lleva implícito que ese es el lugar propio del hierro en el sistema constituido por todos los minerales y la relación: "rayar/ser rayado".

Quizás el eslabón principal de esta indagación sobre las bases lógicas de la triangulación metodológica lo constituya este proceso evolutivo de las categorías científicas a través de estas etapas que Hegel retomó de los griegos con los nombres de "en-sí", "para-otro", "para-sí; que Ch. S. Peirce (25) llamó "primeridad", "segundidad" y "terceridad" y que Piaget-García (26) denominaron "intra", "inter", y "trans".

Es importante destacar que la perspectiva dialéctica no otorga validez autónoma a ninguno de estos momentos, sino precisamente al recorrido de los tres, sin lo cual se pierde el concepto mismo de "dialéctica".

Pasos para una dialectización de la combinación de métodos

Cuando la investigación se inicia, ya nos encontramos con un mundo de conceptos trabajados que ha pasado por diversas fases de su conformación y no se necesitaría de mayor habilidad retórica para mostrar, en cualesquiera de ellos, elementos que confirmen nuestra propia perspectiva metodológica. Pero esa actitud es, precisamente, la que nos llevaría a desconocer que la base lógica de la triangulación metodológica está cifrada en esa lógica evolutiva del concepto que designamos como "dialéctica".

El concepto básico de la investigación científica, o sea, el concepto de *relevancia*, como punto de partida para dar el primer paso en la investigación implica una lógica evolutiva y evoca una lógica histórica.

Una de las principales objeciones que se le ha hecho al "análisis de las variables" es, precisamente, no ofrecer ningún criterio racional de selección de lo relevante (27) ¿Cómo decidir la relevancia de una variable?

Esta cuestión es, sin duda, de la mayor trascendencia para resolver el problema de la combinación metodológica y, además, para uno de los principales problemas de la epistemología, ya que "pone el dedo" en la cuestión misma del conocimiento de las "cosas en sí".

Cuando se discute el carácter lógico implícito en las variables, se suelen implicar compromisos no solo instrumentales sino ontológicos (en el sentido de Quine): suele suponerse que la forma en que uno mismo fragmenta el mundo posee *fundamentos necesarios*; en cambio, estamos siempre dispuestos a creer que la fragmentación que hacen nuestros adversarios

científicos es arbitraria o, en el mejor de los casos, subsidiaria. Sin embargo, pareciera que estamos frente a una situación como la que describe Bateson:

“La división del universo en partes y totalidades es conveniente y puede ser necesaria, pero ninguna necesidad determina de qué modo debe practicársela” (28).

Sin embargo, Bateson no rechaza la existencia de “líneas divisorias” en la realidad misma que se impongan a la investigación. En efecto, acepta expresamente que

“... el universo se caracteriza por una distribución desigual de conexiones causales y de otro tipo entre sus partes; o sea, hay regiones de densa conexión separadas entre sí por regiones menos densas”.

(En igual sentido, véanse las consideraciones que hace H. Simon sobre el tratamiento matemático de la propiedad de “casi descomponibilidad” de ciertos sistemas, mencionada en la Nota 19.)

Afirma Ashby que no hay *ninguna necesidad formal* que nos diga de qué manera practicar dicha división (29).

Nosotros, por nuestra parte, sostendremos que la decisión de lo que es relevante y (dentro de esa relevancia) de lo que es absoluto, relacional o contextual debe ser considerado desde dos perspectivas diferentes: a) es, por una parte, una decisión inseparable del proceso mismo de investigación, inevitablemente involucrada en el sistema de hipótesis que guían la búsqueda misma (acá vale la remisión a la pericia (al “olfato” del experimentador que propone Ashby) y b) es, por otra parte, lo que resulta de la investigación misma (no necesariamente coincidente con lo supuesto en [a]) (Y también acá vale remitirse al talento o pericia del “experimentador”, precisamente para convalidar o rectificar sus presunciones anteriores, conforme con lo que resulta de la “experimentación misma”) (30).

La comprensión dialéctica precisamente agrega a la descripción de las categorías de la investigación esa perspectiva que se puede comparar con lo que la teoría de Darwin agregó a la descripción de las especies que había logrado Linneo: el proceso de transformación y desarrollo (31).

La dialéctica como síntesis de génesis y estructura. En la lógica de toda estructura hay una historia oculta

Lograr una comprensión dialéctica de la combinación de métodos consiste, pues, en ir más allá de la identificación de los diversos componentes y procedimientos que se pueden confrontar entre sí. Consiste

en exponer los mecanismos por los cuales esos componentes y esos procedimientos llegan a ser lo que son unos por medio de los otros (32).

Toda investigación se inicia con el empleo (explicitado o no) de variables que se consideran “como si” fueran relevantes, algunas de las cuales se prejuzgan como teniendo un alcance de *predicado absoluto* o de *predicado relacional*, y otras, en cambio, como poseyendo un valor de *determinación contextual*.

La dirección de la investigación va de lo que parece ser a lo que realmente es (33).

Agreguemos —aunque se nos complique el panorama— que eso que llamamos lo “anterior en sí” (ver Nota 33), tampoco debe ser considerado como determinado de una vez y para siempre: las realidades, independientemente de la marcha de nuestro conocimiento, también tienen su proceso evolutivo, tal como veremos más adelante al profundizar la idea de “contexto”.

G. Bateson retomó, a partir de la moderna teoría de la comunicación, una tesis decisiva de la dialéctica según la cual la indagación de las conexiones de las partes de cada individuo y de los individuos entre sí necesariamente termina transformándose en un estudio de su proceso, en un estudio de su génesis global.

En efecto, indagar las vinculaciones de una parte con otra, de un individuo con otro . . . (por ejemplo, del sistema de representaciones médico-hegemónicas con el sistema de las representaciones de la comunidad) es averiguar la relevancia de algo para algo y la relevancia remite siempre a la historia de una producción.

Bateson lo expone de la siguiente manera:

Una historia es un pequeño nudo o complejo de esa especie de conectividad que llamamos *relevancia*. En la década de 1960 los estudiantes luchaban en pro de la ‘relevancia’, y aquí yo voy a suponer que cualquier A es relevante para cualquier B si tanto A como B son partes o componentes de la misma ‘historia’ (34).

Y agrega más adelante:

¿Qué es una historia para poder conectar las Aes y las Bes, a sus partes? ¿Y es cierto que en la raíz misma del significado de estar vivo se encuentra el hecho general de que las partes estén conectadas de esta manera? Les estoy brindando la noción de *contexto*, de *pauta a lo largo del tiempo*. (*Loc.cit.*)

Distingamos, cuanto antes, los movimientos comprendidos en esto: a) por una parte hay un movimiento de la propia investigación científica durante el cual (si estamos frente a una auténtica investigación) van modificándose los cuadros conceptuales; lo primero para nosotros va siendo

reemplazado por lo "primero en el objeto"; b) pero, por otra parte, lo que ahora es "primero en el objeto" es el resultado de "una historia" que, en una "cierta secuencia temporal", ha producido un "cierto orden estructural" en el sistema de las conexiones.

Según el primer movimiento [a], el desarrollo mismo de la investigación va produciendo una transformación en la valoración y tipificación de la relevancia de las variables, conforme se vayan descubriendo (o no) que ellas informan sobre el proceso de su génesis (es decir, sobre el segundo movimiento [b]), sobre lo que ha sido determinante en el orden de ese proceso de génesis, y que posee relaciones lógicas definidas con lo que es determinante en orden de la estructura.

Una totalidad compleja fue originariamente una unidad simple y fue en el transcurso de este proceso de génesis cuando fueron emergiendo sus partes. Que son partes de un todo se evidencia de manera plena en el carácter constitutivo de las conexiones que guarda con las otras partes y que hace que ellas resulten inseparables, en la realidad, e incomprensibles, para el pensamiento, al margen de esas conexiones.

Consecuentemente podemos afirmar que estas conexiones no son otra cosa que el modo como ha sedimentado la diversificación de la unidad de origen, de la cual procede.

El proceso de génesis, cuando ya se ha cumplido, dejando lugar al producto final, pareciera desaparecer sin dejar otro rastro que "un recuerdo". Sin embargo, además del producto, con su riqueza y complejidades cualitativas y cuantitativas, ha dejado la estructura jerárquica de esa complejidad la que, según Bateson, podemos considerar como una pauta *de pautas de conexión*.

Tratemos de exponerlo más claramente: el producto no es algo que meramente se desprende del proceso, sino que recoge en sí ese proceso, sedimentándolo bajo la forma de una estructura jerárquica. Esta forma se hace patente en la pauta embriogénica, es decir, esa secuencia "constructiva" que deberá recurrir cualquier nuevo espécimen de esa especie (35).

La metodología sistémica nos ha enseñado a simplificar la complejidad mediante recursos como la llamada "descripción jerárquica":

Es posible intentar una vía de salida a tal dilema [entre la "sencillez, como requisito previo de la comprensión y la complejidad del objeto] mediante una descripción jerárquica: se describe el sistema mediante una familia de modelos, cada uno de los cuales se ocupe de su comportamiento mirado desde un nivel de abstracción distinto. (Mesarovic y Macko. *Op. cit.* pág. 48)

Incluso, nos ha alertado acerca de la imposibilidad de producir un desacomplamiento completo entre estas jerarquías:

... No está nunca plenamente justificado —prosiguen estos autores— desacoplar completamente entre sí los niveles ...

Pero es en el re-acoplamiento de todos los sistemas estratificados de una totalidad compleja en donde se encuentran los principales escollos.⁶

Pues bien, en este trabajo hemos intentado sostener que los debates sobre la combinación metodológica disponen, desde hace tiempo, un campo de soluciones amplio y potente. En particular, el método dialéctico, como método de ascenso de lo abstracto a lo concreto ha sido el más grande esfuerzo, realizado en el siglo XIX, para concebir la unidad de los objetos y los métodos de la ciencia: para preservar la unidad de la totalidad en sus infinitos estratos y dimensiones y hacer comprensible en el paso de unos a otros. La dialéctica fue el método llamado a concebir la “unidad en la diversidad” y la “diversidad en la unidad”. Es decir, para concebir la realidad como “lo concreto”. En la actualidad estamos en condiciones de profundizar ese notable esfuerzo, puesto que contamos con muchísimos más recursos (formales y materiales): la cibernética (Wiener, Ashby, etc.); la teoría general de los sistemas (von Bertalanffy, Prigogine, García); la teoría de la equilibración (Piaget); la experimentación en inteligencia artificial (Simon, Minsky), etc. La dialéctica se puede resumir en lo que constituye su más grande revolución metodológica: haber invertido la “gran cadena del ser”; haber invertido la primacía del orden deductivo (que sostiene que lo menos perfecto solo puede ser generado desde lo más perfecto; o, a la inversa, que lo más perfecto no puede ser generado por lo menos perfecto). En efecto, solo una inversión en este orden puede contribuir a deshacer el embrollo por el cual un estrato en desarrollo al mismo tiempo presupone el contexto superior y por otro lado lo realiza y construye.

La lógica evolutiva de los tipos lógicos (que postula la dialéctica) puede ser a su vez concebida como la pauta que conecta la estructura estratificada de textos/contextos.

Esta secuencia estratificada de contextos constituye sin duda el esfuerzo central de la búsqueda científica: descubrir y comprobar que una variable dada es relevante; que dicha relevancia emerge de tales relaciones y que ellas son efectivamente constitutivas (es decir, son el contexto que hace comprensible todo el funcionamiento); este es, sin duda el destino de

⁶ Debemos señalar que la categoría “acoplar” posee indudables “restos” de una visión “ingenieril” lo que constituye uno de los peores escollos para la comprensión de la dialéctica entre los sistemas. Acoplar o desacoplar evoca una relación externa entre módulos separables. La falsedad que comportan estas categorías explica el fracaso del intento de “desacoplar completamente entre sí los niveles ...”. No se los puede desacoplar, sencillamente porque no están acoplados. No es esa la relación profunda que los vincula entre sí.

la búsqueda científica que comienza —como vimos— con la exploración; prosigue con la descripción de asociaciones; avanza con la explicación y la creación de modelos reales para interpretar los cuadros deductivos de leyes encontradas, y culmina en la exposición ordenada de todos los sistemas en un cuadro que expone la estructura total como la formalización de una historia, y la génesis como la formación de una estructura epigenética: es decir, capaz de reproducirse.

BORRADOR PARA REDACTAR UN FINAL PARA ESTA MONOGRAFIA

No quisiéramos que lo que acabamos de decir (de carácter más filosófico que científico) oculte las dos o tres ideas precisas que se puedan extraer como saldo de todo el trabajo. Volvamos, pues, a ellas.

Las tesis anteriores nos han proporcionado —dejando de lado lo que al comienzo denominamos “desarrollo desigual y combinado de esquemas de investigación”— al menos dos contextos de análisis diferentes de la *combinación metodológica*, o dos enfoques diferentes acerca de lo que debamos entender por “combinación metodológica”: a) por una parte, la combinación metodológica como “combinación de tipos de indicadores” (y diremos que este es el contexto de las hipótesis de validez, y en donde las correlaciones con vistas a las validaciones diversas que se puedan hacer tienen su lugar propio). (Vamos a llamarle a esta combinación metodológica: “modo empírico de la triangulación”); y c) por otra parte, la combinación metodológica como “combinación de tipos de variables”, en donde entran en juego las hipótesis sustantivas y la conceptualización teórica que se hace de las variables (La llamaremos el “modo especulativo de la triangulación”).

Tenemos, en consecuencia, dos “causas de guerra” (36) metodológica: una que disputa en el terreno de los métodos para construir los observables más válidos (validez empírica, por cierto); la otra, en cambio, que disputa en el terreno de la teoría más adecuada para comprender el fenómeno (con relativa independencia respecto de sus observables). Este campo corresponde a la “*validez conceptual*”.

Esta separabilidad de ambos contextos de litigio metodológico fue llanamente expresada por H. Simon de la siguiente manera:

Frente a la complejidad, un reduccionista en principio, puede ser al mismo tiempo un holista pragmático.

Consecuentemente, la combinación metodológica podrá ser convocada como “prenda de paz” en dos planos distintos y con posibilidades diferentes:

1. Combinar métodos es = a combinar esquemas indicadores (plano pragmático, según H. Simon; o modo empírico, según nuestra terminología).

2. Combinar métodos es = a combinar conceptualizaciones (plano de "principios" según H. Simon; o "modo especulativo", según nuestra terminología).

La combinación según el primer contexto, como dijimos, evoca la cuestión de las validaciones (convergentes, predictivas, etc.); en cambio, la segunda, evoca la cuestión mucho más enrevesada de las perspectivas teóricas, de los planos de conceptualización que se logran sobre un mismo objeto.

El resultado al cual quisiéramos arribar no es de ninguna manera, la afirmación de que los métodos analíticos, estructurales y globales producen resultados igualmente valiosos, y que, en consecuencia, sus diferencias "¡son indiferentes!".

Por el contrario, quisiéramos sostener que ellos (con sus diferencias) constituyen las quebraduras y las articulaciones del proceso de la ciencia como *una totalidad orgánica*. Son momentos diferentes en la unidad de la ciencia cuando ella es pensada en concreto, es decir, en la totalidad de sus niveles de integración y en las transformaciones que producen el desarrollo del conocimiento.

En ese movimiento de los métodos, ciertamente, los procedimientos holísticos (el paso a los contextos) constituyen el momento trascendente (en un esfuerzo científico *circunscrito*). Pero a partir de este "el proceso recomienza nuevamente" y la diferenciación, el análisis, el relacionamiento, etc., vuelven a generar materiales nuevos para nuevas síntesis.

REFERENCIAS Y NOTAS

- 1 von Wright, G. H. *Explicación y comprensión*. Madrid, Ed. Alianza Universidad, 1987. Véase también Hintikka, A. y otros. *Ensayo sobre explicación y comprensión*. Madrid, Ed. Alianza Universidad, 1980. Se recomienda igualmente el libro de Cosío, C., *La "causa" y la comprensión en el derecho*. Buenos Aires, Ed. Juárez Editor, 1969.
- 2 Jick, T. D. Mixing quantitative and qualitative methods: triangulation in action. *Administ Q*, Vol. 24, No. 12, 1979. Las citas las hemos tomado de una traducción que nos facilitó el Dr. Floreal Forni, a quien le estamos reconocidos.
- 3 Crombach y Meehl. Validez de los conceptos en los tests psicológicos. *Psychol Bull III*: 281-302, 1955.
- 4 Mora, M. y Araujo. *Medición y construcción de índices*. Buenos Aires, Ed. Nueva Visión, 1971, pág. 12.
- 5 Bunge, M. *Racionalismo y realismo*. Madrid, Ed. Alianza Universidad, 1985, capítulo V.
- 6 Galtung, J. *Teoría y método de la investigación social*. Buenos Aires, Ed. Eudeba, 1978.
- 7 Zetterberg, H. *Teoría y verificación en sociología*. Buenos Aires, Ed. NV, 1970, capítulo 52.

- 8 Zettemberg, H. *Op.cit.*, págs. 55 y 56.
- 9 Sobre inferencia transductiva, véase Jevons, W. S. *Lógica*. Madrid, Ed. Pegaso, 1941. También véase de Gortari, E. *Introducción a la lógica dialéctica*. México, FCE, 1966. Sobre inferencia abductiva, véase Pierce, Ch. S. *Inducción e hipótesis*. Madrid, Ed. Aguilar, 1964. También véase Bateson, G. *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires, Ed. Amorrortu, 1984.
- 10 Poincaré, H. *Ciencia y método*. Argentina, Ed. Espasa-Calpé, 1942. Del mismo autor, véase *El Valor de la ciencia*, Argentina, Ed. Espasa-Calpé, 1947.
- 11 Glasser y Strauss. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Nueva York, Aldine Publishing Co., 1980.
- 12 Blumer, H. *El interaccionismo simbólico: Perspectiva y método*. Barcelona, Ed. HORA, S. A., 1982.
- 13 Huxley, J. S. *El individuo en el reino animal*. Buenos Aires, Ed. Pleamar, 1961. "Si la evolución es cierta, las especies no son más constantes o permanentes que los individuos" (pág. 34).
- 14 Galtung, J. *Op. cit.*, Vol. I, pág. 1.
- 15 Galtung, J. Correlación diacrónica. Análisis de procesos y análisis causal. La búsqueda de una ciencia social nomotética diacrónica. En: *Sociología del desarrollo*. UNESCO, Centro Latinoamericano de Investigaciones Sociales. Buenos Aires, Ed. Solar/Hachette, 1970.
- 16 Ashby, W. R. *Proyecto para un cerebro*. Madrid, Ed. Tecnos, 1965, capítulo II.
- 17 Milusum, J. La base jerárquica para los sistemas generales y vivientes. En: *Teoría general de los sistemas*. Madrid, Ed. Alianza Universidad, 1981. También véase Simon, H. La arquitectura de la complejidad. En: *La ciencia de lo artificial*. Barcelona, Ed. ATE, 1979; asimismo, White, L. A., Wilson, A. G. y Wilson, D., compiladores, *Actas del Simposio de los Douglas Advance Research Laboratories* (California, noviembre de 1968). Madrid, Alianza Universidad, 1973.
- En otra tradición epistemológica, véase Hartmann, N. *Ontología*, especialmente el Vol. III, Sección III: Leyes de la estratificación categorial. México, Ed. FCE, 1959, págs. 515-557.
- 18 Simon, H. *Ciencia de lo artificial*. Barcelona, Ed. ATE, 1979, pág. 128.
- 19 Simon, H. *Op.cit.*, en especial los capítulos "Sistemas casi descomponibles" (pág. 144) y "La casi descomponibilidad de los sistemas sociales" (pág. 147).
- 20 Quine, W. N. *Ontología*. Madrid, Ed. Tecnos, 1974, capítulo 2.
- 21 Las tipologías de variables y de indicadores las hemos obtenido a partir de la tipología de Lazarfeld-Mensel que presentaron en *Relaciones entre propiedades individuales y propiedades colectivas* (Barcelona, Ed. Laia). En la monografía originaria se justifica ampliamente las modificaciones que le hemos introducido.
- 22 Este principio de individuación es también de aplicación —así lo postulamos, al menos— no solo en investigaciones cuyos objetos se designan con "terminos de referencia dividida" (como "conejo", o "persona") sino también en los llamados "término de masa" (como "rojo" o "agua"). Quine, W. V. *La relatividad ontológica*. Madrid, Ed. Tecnos, 1974, pág. 49. En efecto, la investigación química, por ejemplo, no se enfrenta con el "agua" sino con "porciones de agua" o "muestras de agua" en tubos de ensayo o frascos de Erlenmeyer, etc. El principio de individuación, con el alcance que acá queremos darle podría aplicarse a los materiales designados con "términos de masa", mediante la siguiente definición: "El conjunto específico de materiales y la porción de su entorno inmediato que se aísla para el estudio experimental . . ." (Cfr. CBA 1961, pág. 5.) Sobre este concepto resulta de gran interés el libro de Huxley, J. S. *El individuo en el reino animal*. Buenos Aires, Ed. Pleamar, 1961.
- 23 Para facilitar la consulta del texto, vamos a citar el fragmento pertinente: "Una clasificación, útil y frecuente, de las superunidades en tres tipos es la siguiente: 1) la categoría, que es un conjunto de unidades sin estructura; 2) el sistema, que es también un conjunto de unidades, pero con una relación de interacción binaria 'débilmente conec-

- tada', pero no necesariamente en forma directa;
- 3) *el grupo*, que es un sistema pero con una relación de interacción binaria 'fuertemente conectada': todas las unidades están directamente conectadas entre sí". Galtung *Op.cit.*, Vol. I., pág 37.
- 24 Sobre el método de ascenso de lo abstracto a lo concreto, véase Mark, K. *Introducción a la crítica de la economía política*; Alexeieiev, *Dialéctica de las formas del pensamiento*. Buenos Aires, Ed. Platina, 1964, y Samaja, J. *Introducción a la epistemología dialéctica*. Buenos Aires, Ed. Lugar, 1987 (Apéndice).
- 25 Pierce, Ch. S. *Obra lógico semiótica*. Madrid, Ed. Taurus, 1987, págs. 109 y ss.
- 26 Piaget García. *Psicogénesis e historia de la ciencia*, México, Ed. S. XXI, pags. 106 y ss.
- 27 Blumer, H. *Op.cit.*, pág. 97.
- 28 Bateson, G. *Op.cit.*, pág. 34 y Nota 4, pág. 39.
- 29 Ashby, W. R. *Op.cit.*, pág. 39.
- 30 Para una descripción del proceso, véase García, R. La investigación interdisciplinaria de sistemas complejos. Proyecto UNESCO/UNAM (Las ciencias sociales y la formación ambiental a nivel universitario. México, abril de 1991. Ed. interna del Centro de Altos Estudios de la Universidad de Buenos Aires.
- 31 Hegel, J. G. F. *Lógica*. España, Ed. Hispamérica, 1985, Vol. II, pág. 84 y ss.
- 32 Marx, K. *Grundrisse*. Ed. Siglo XXI, Vol. I, pág. 13.
- 33 La dirección va, como lo explicó Hartmann, de lo dado a lo escondido, de lo conocido a lo desconocido. La ley es la bien conocida aristotélica: todo conocimiento empieza por "anterior para nosotros" y avanza hacia lo "anterior en sí". Hartmann, N. *Op.cit.*, Vol. III, págs. 39-40.
- 34 Bateson, G. *Op. cit.*, pág. 12.
- 35 Sobre esta suerte de "recapitulación", véase Simon, H. *Op.cit.*, especialmente el capítulo titulado "La ontogenia recapitula la filogenia", págs. 164 y ss.
- 36 "Dado que el reduccionismo-holismo constituye una importante *cause de guerre* entre científicos y humanistas, tal vez cabría esperar fuese posible negociar la paz entre las dos culturas siguiendo las directrices del compromiso apuntado". Simon, H. *Op.cit.*, pág. 127, Nota 5.

HISTORIA, CIENCIAS SOCIALES Y EDUCACION MEDICA

Mario Hernández¹ y Emilio Quevedo²

INTRODUCCION

El problema de la relación entre salud, enfermedad, sociedad y cultura, y, por tanto, entre ciencias sociales y salud, no es algo que hoy en día pueda pensarse como extraño o novedoso; se trata de una discusión que comienza casi con la modernidad (1) y que no puede eludirse fácilmente ante situaciones como la persistencia y el recrudecimiento de las enfermedades infecciosas y prevenibles, que se pretendían superadas.

Las formas de articulación de las ciencias sociales con la práctica médica y con la formación de los profesionales de la salud han sido muchas y han manifestado importantes cambios en los últimos 50 años (2). Sin embargo, —y sin caer en un maniqueísmo ingenuo— podría decirse que estas diversas formas oscilan entre dos grandes tendencias contrapuestas, con una gran gama de posibilidades intermedias: de un lado estarían las formas de articulación de lo social, lo cultural, lo psicológico, etc. como factores predisponentes o desencadenantes de los procesos de salud y enfermedad, los cuales son entendidos en todo caso como cambios biológicos, tal como lo propone la epidemiología multicausal (3); del otro lado, las posiciones extremas de la corriente llamada “medicina social”, en las que se intenta construir una teoría de lo social en salud, a partir de la utilización de las macrocategorías del materialismo histórico, (4) para elaborar una nueva visión de la epidemiología (5).

Nuestro propósito no es, definitivamente, intentar dirimir el conflicto, por el contrario creemos que es inherente a la dinámica de la realidad social. Se trata, más bien, de aportar algunas reflexiones al debate

¹ Médico, Docente del Seminario de Filosofía e Historia de las Ciencias de la Escuela Colombiana de Medicina.

² Médico Pediatra, Coordinador del Seminario de Filosofía e Historia de las Ciencias de la Escuela Colombiana de Medicina, Jefe de la División de Desarrollo Social del Instituto Colombiano para el Fomento de la Ciencia y la Tecnología, “Colciencias”.

a partir de una experiencia pedagógica, asistencial y de investigación, en la cual el enfoque histórico ha sido utilizado como eje de articulación de las ciencias sociales a la práctica de los profesionales de la salud: el Seminario de Filosofía e Historia de las Ciencias de la Escuela Colombiana de Medicina, con sede en Santa Fe de Bogotá.

Intentaremos presentar, en primer lugar, los fundamentos teóricos en que se ha venido apoyando el devenir de dicha experiencia, aclarando que se trata de un proceso permanente de cambio en el que este artículo representa simplemente un momento más del mismo; en segundo lugar, mostraremos los aspectos estructurales y operativos de tal experiencia y, finalmente, sus posibles implicaciones en el campo de la formación y de la práctica de los profesionales de la salud.

LOS NUEVOS RUMBOS DE LA HISTORIA

Parece muy obvio que la historia es una de las ciencias sociales más antiguas y de mayor reconocimiento, pero también es cierto que no existe una sola historia, no solamente porque no es posible hablar de esta disciplina sin entrar en contradicciones teóricas, sino también porque, a lo largo de su propio proceso de construcción, se han producido transformaciones importantes en todo su cuerpo conceptual y metodológico.

La percepción habitual o común de la historia, por lo menos en nuestros países, tiende a ser la de una disciplina que se dedica a rescatar del polvo de los archivos y por tanto del olvido, los acontecimientos y los actos más importantes de nuestros predecesores, nuestros antepasados, fundamentalmente para recordarnos que el hombre evoluciona hacia el progreso, en una intensa y natural búsqueda de un mundo feliz. Es una descripción extrema, por supuesto, pero algo de esta imagen es compartida por casi todos aquellos que no están imbuidos en los problemas de la disciplina y se acercan a ella tangencialmente, incluyendo a los profesionales de la salud; esta imagen, en general, ha sido diseminada por los medios educativos tradicionales y solo hasta los últimos años, se ha comenzado a escribir y a enseñar la historia de otra forma, al punto que se habla de otra historia, la "nueva historia" (6).

Si bien en el campo de la formación médica, en los Estados Unidos de América y en Europa, es frecuente encontrar, no desde hace poco tiempo, cátedras de historia de la medicina que han logrado enormes desarrollos a nivel teórico y metodológico, en las facultades latinoamericanas continúa siendo un esfuerzo de pocos y, habitualmente, con una imagen de la historia como la que acabamos de mencionar: en otros términos, una historia lineal de los conocimientos médicos y sus autores, acumulativa, enraizada en una visión evolucionista que pretende mostrar cómo, cada vez más, se va conociendo el verdadero funcionamiento del hombre,

sus enfermedades y las maneras de prevenir y de curar, en una permanente carrera de progreso desde el error hasta la verdad.

Quienes trabajan en esta última perspectiva han producido grandes trabajos de recolección de información, documentos, datos de enorme interés, etc., que en ningún momento pueden despreciarse. Pero una de las consecuencias más problemáticas de esta visión de la historia de una profesión, de una disciplina y de la sociedad entera, es que la valoración y la jerarquización es inmediata; es decir, hay prácticas médicas atrasadas con respecto a otras en tanto que aquellas no han alcanzado la verdad; existen unas sociedades maduras y otras primitivas; están quienes saben y quienes ignoran, porque no han alcanzado el conocimiento verdadero, etc.

Tal vez lo que haría falta sería preguntarse más por la transformación en sí misma, cómo y porqué ocurre, antes que intentar ubicar los cambios en una escala *a priori* que, en todo caso, construimos hipervalorando nuestro presente, desde la hegemonía de la cultura occidental.

En este sentido, y desde hace varios decenios, han venido ocurriendo grandes cambios en el terreno de la ciencia de la historia, precisamente en una continua transgresión de la concepción lineal y descriptiva, hacia una disciplina más crítica, comprensiva, consciente de la complejidad de su problema: el cambio en los procesos humanos.

Algunas consecuencias de esta “nueva historia” en el plano de lo teórico y, en lo metodológico, serían:

- El historiador, como cualquier otro investigador no puede sustraerse de su condición de ser social, en últimas, producto de ese proceso; en otras palabras, ante el desfile de los acontecimientos, el historiador no ocupa el lugar privilegiado del palco presidencial, sino que forma parte del desfile; en consecuencia, lo que ahora se le exige cuando habla es que diga en qué punto se ubica y desde dónde lo ve (7).
- El hecho histórico, por su parte, se concibe ya de otra manera, no como el acontecimiento que por pertenecer al espacio del poder es importante y debe describirse, sino como el proceso de múltiple constitución que implica cambio y en el que participan simultáneamente muchos fenómenos y actores en contradicción (8).
- El tiempo cronológico se entiende únicamente como tal, pero el tiempo histórico implica el concepto de “duración” de los fenómenos, lo cual sugiere una construcción *a posteriori*, en la que se puede ver que los procesos sociales están constituidos por cambios de múltiple duración; Braudel ha planteado que se podrían concretar, por lo menos, en tres tipos: la “corta duración” o de los acontecimientos en la vida de los hombres; la “mediana duración”, que es el tiempo de los grupos sociales, de los cambios seriales (9) en los precios, de los fenómenos políticos, de los

movimientos poblacionales, etc., y que Labrousse ha denominado “la coyuntura”, no solo como intersección sino como tendencia que puede ser medida; y finalmente, la larga duración, que Braudel identifica con la “estructura” (10) y que corresponde a los movimientos lentos de la geografía, los cambios de la estructura económica, incluyendo lo que más tarde ese autor denomina “economía-mundo” (11).

- La causalidad también ha cambiado, porque en esta perspectiva, ya no es posible identificar tan claramente los antecedentes y las consecuencias de la historia lineal, sino que la causalidad comienza a tener una imagen de red en tres dimensiones, es decir, en todo el espesor de la coyuntura, como un “rizoma” en el que hay muchas direcciones simultáneas (12).
- En este sentido, la visión continuista del devenir histórico se ve desplazada por una concepción discontinuista, en la cual no es posible establecer una línea secuencial a través del tiempo en el acontecer humano, sino identificar momentos de ruptura, de transformación, de crisis y reestructuración (13).
- La realidad social es fundamentalmente compleja, intrapable en una única mirada y requiere ser abordada en toda su complejidad (14).
- Si así la aceptamos, se hace necesaria la construcción de diversos espacios teóricos y metodológicos para la interacción y el encuentro de las ciencias sociales, hacia la construcción de una historia total; es decir, una historia producida desde la investigación documental de cada país, de cada región y cada localidad, pero con la participación de todos los elementos sociales, culturales, demográficos, económicos, políticos, geográficos, etc., desde los cuales construir y reconstruir los procesos que conducen a las situaciones que las sociedades afrontan en el presente, con el ánimo de ofrecer alternativas para la creación del futuro (15). Esto implica también múltiples aproximaciones transdisciplinarias en el análisis: desde los trabajos puntuales y estudios de caso hasta las versiones globalizantes de los procesos generales (16).
- Por esta vía, historia y prospectiva serían hermanas inseparables, como pretendía Decouflé, hace ya más de 20 años: “la prospectiva es una manera de mirar, al mismo tiempo, a lo lejos y desde lejos una determinada situación”; a lo lejos, pensando en las conjeturas sobre las transformaciones futuras y, desde lejos, retrocediendo en el tiempo. “Fundamentalmente, es un intento de la aprehensión total de la duración . . . ” (17).

Por último, Braudel logra una metáfora suficientemente clara de este nuevo enfoque cuando afirma:

La historia, a mi modo de ver es una canción que debería cantarse a muchas voces, aceptando también el inconveniente de que con frecuencia las voces se cubren unas a otras . . . la dificultad es que no hay solo dos o tres temporalidades, sino más bien varias decenas: y cada una de ellas implica una historia particular (18).

HISTORIA Y CIENCIAS SOCIALES

Retomando esta imagen polifónica y a partir de investigaciones concretas, la propuesta planteada por la nueva historia ha permitido la confluencia teórica y metodológica entre la historia y muchas otras ciencias sociales. Por ejemplo, los más recientes representantes de la Escuela de los Annales (19), como Jacques Le Goff, Georges Duby y Phillip Aries, entre otros, han emprendido en los últimos años la tarea de definir el papel de la cotidianidad, del individuo común y de su vida privada, en los procesos sociales. Ahora ya comenzamos a ver sus impresionantes resultados, la utilidad de sus recursos y la gran confluencia de discursos que aparece detrás de sus análisis (20). Uno de sus discípulos, Georges Lomné, plantea que, ante problemas de estudio como la historia de "lo imaginario", no queda más remedio que acudir a una gran variedad de discursos provenientes de muchas disciplinas, con unos supuestos básicos y un enorme ingrediente de creatividad y flexibilidad metodológicas (21).

En este mismo sentido, se han dado trabajos de articulación discursiva en otras ciencias sociales como la lingüística, el psicoanálisis, la sociología, la antropología, la psicología, la economía, etc. pero nuestro propósito no es mostrar este desarrollo. Lo que realmente interesa para los alcances de este artículo es resaltar que, en general, las escuelas formadoras de profesionales y trabajadores de la salud han permanecido lejos de este proceso de las ciencias sociales.

No obstante, en los últimos años en algunas se han realizado grandes intentos de inserción de las ciencias sociales (22). Indudablemente existen grupos de investigación y de docencia a nivel de pre y posgrado trabajando en el problema de la exploración de nuevas relaciones entre las ciencias sociales y la salud, tal como se observó en los últimos encuentros internacionales de medicina social (23); a pesar de esto, tales esfuerzos no logran un impacto en las demás facultades formadoras de profesionales de la salud. Puede decirse, entonces, que lo que predomina hoy es todavía una visión simplista en la cual los aportes de las ciencias sociales se ven como conceptos complementarios, un poco de cultura general y hasta un paquete de fórmulas sencillas y especiales para que el estudiante aprenda a "manejar" los problemas culturales y sociales a los que seguramente tendrá que enfrentarse (24). Por esta razón, se delega en unos científicos sociales,

contratados para participar en la docencia durante cortos períodos, como apéndice de una estructura curricular de predominio biológica.

HISTORIA SOCIAL DE LAS CIENCIAS Y CIENCIAS SOCIALES

Otro de los espacios disciplinarios en los que se ha dado la confluencia entre historia y ciencias sociales ha sido el campo de la historia de las ciencias (25) y de las profesiones (26). Aquí, se trata de asumir el conocimiento como un fenómeno cultural (27), que cambia y que puede ser abordado desde esta nueva visión de la historia, en confluencia con discursos provenientes de otras ciencias sociales. En este sentido, se habla hoy no solo de historia de las ciencias, sino también de los estudios sociales sobre las ciencias y la tecnología (28).

En el terreno de la salud han sido dos, especialmente, las puertas de entrada de estas disciplinas: por un lado, el de la historia social de los procesos de salud-enfermedad, entendidos como problemas complejos a los cuales se enfrentan las sociedades con diferentes miradas, recursos y decisiones, y por otro, el de la historia social de las profesiones de la salud y de las ciencias que las fundamentan. Las dos vías se conectan inevitablemente, en especial porque se trata de fenómenos que no pueden ser analizados fuera del contexto histórico-social y cultural en el cual se producen (29).

En este sentido, los trabajos realizados en las últimas dos décadas con respecto a los procesos de difusión e institucionalización de las ciencias y de las profesiones en el Nuevo Mundo, han aportado abundantes elementos para la comprensión de las actividades científicas latinoamericanas como realidades autóctonas complejas, enmarcadas en los procesos de universalización pero con realidades particulares ineludibles (30). Se intenta, desde esta perspectiva, entender que las ciencias y las profesiones se desarrollan en contextos y espacios geoculturales concretos, tanto a corta como a larga duración, de tal forma que, también en el análisis de esta cuestión, "la coyuntura deberá ser explorada en todo su espesor" (31).

Es precisamente en estos terrenos —la nueva historia, su interacción con las ciencias sociales y los estudios sociales sobre las ciencias, la tecnología y las profesiones— en los que nuestra experiencia se ha desarrollado, dentro del Seminario de Filosofía e Historia de las Ciencias (SFHC) de la Escuela Colombiana de Medicina (ECM), el cual presentaremos, de manera sucinta, a continuación.

ESTRUCTURA DEL SEMINARIO

El SFHC surgió con la propuesta curricular misma de la ECM en 1979 (32). Inicialmente se planteó como un espacio en el que el estu-

diante podría realizar la reflexión epistemológica acerca de su profesión y de las disciplinas que fundamentan el trabajo del médico, con el ánimo de propiciar el desarrollo de una actitud crítica en el estudiante frente al conocimiento y a la realidad que intenta abordar, tanto durante su formación como en la práctica misma (33).

El trabajo de orden simplemente epistemológico se vio cuestionado (34) por la necesidad de acudir a elementos de carácter más explicativo frente a la estructura del conocimiento médico de hoy, para lo cual la orientación histórica comenzó a aparecer como alternativa preponderante (35). Por esta vía y a partir de las preguntas sobre los saberes que sustentan la práctica del médico, se comenzó muy tempranamente la exploración en el terreno de la epistemología histórica francesa (36), de la historia social de las ciencias en Latinoamérica (37) y de las posibles relaciones entre las ciencias sociales y las profesiones de la salud (38).

En este esfuerzo, se ha venido conformando un grupo constituido por filósofos, médicos, odontólogos, sociólogos, historiadores, antropólogos e incluso físicos, interesados en la historia de las ciencias, en el cual se ha producido un continuo proceso de discusión y construcción de alternativas teóricas y metodológicas que podrían ubicarse en el campo de los estudios sociales sobre las prácticas médicas académicas (39) y no académicas (40) en Colombia. Desde esta interdisciplinariedad, el grupo ha abordado, además, problemas relativos a las relaciones entre cultura, salud, estado y sociedad (41) y, por esta vía, los problemas de la ética médica y la bioética (42).

El Seminario es una actividad permanente, que se ubica a lo largo de toda la estructura curricular en el proceso de formación de médicos y odontólogos en la Escuela Colombiana de Medicina. Se estudia la posibilidad de incluirlo, de igual manera, en el currículo de las nuevas facultades de enfermería y psicología, las cuales se encuentran en proceso de aprobación. Su papel actual sigue siendo el de propiciar el desarrollo de un pensamiento crítico por parte del estudiante, tanto frente a su propia formación como en su práctica profesional, a partir del análisis y la comprensión del complejo proceso de construcción de los saberes y de las prácticas que sustentan su quehacer. Para cumplir con este propósito, el Seminario se articula orgánicamente con las otras áreas del currículo.

A manera de ejemplo, tomaremos la ubicación del Seminario en la estructura curricular de la Facultad de Medicina (43); en dicha estructura no existen los departamentos tradicionales, sino tres grandes áreas (psicosocial, comunitaria y bioclínica) que pretenden enfocar el estudio de la salud y la enfermedad de una manera bio-psico-social. El Seminario se ubica al interior del área psicosocial. En el Cuadro 1 se presentan los actuales contenidos y su articulación con los de las otras áreas.

Por otra parte, un elemento central de esta experiencia ha sido la propuesta pedagógica, en la cual se integran diferentes recursos con el

CUADRO 1. Estructura temática del seminario en la Facultad de Medicina.

Nivel	Sem.	Temática en el SFHC	Temática en otras áreas
1 ^a	I	Introducción a la medicina y a sus relaciones con la historia y ciencias sociales.	Contenidos de las ciencias relacionadas con la comprensión del hombre sano, en su contexto sociocultural (anatomía, fisiología, bioquímica, sociología, antropología, psicología, demografía estadística, epidemiología, etc.) y trabajo en el primer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud (SNS); contacto con comunidades específicas.
	II	Construcción de los fundamentos de la genética y de la teoría evolucionista.	
	III y IV	Historia de la mirada del cuerpo en Occidente (académica y popular): desde la Grecia clásica hasta la actualidad.	
2 ^a	V y VI	Historia del diagnóstico médico en Occidente e institucionalización de la medicina moderna en Colombia, hasta comienzos del siglo XX.	Ciencias relacionadas con el estudio del hombre enfermo (semiología, patomicrobiología, psiquiatría, etc.) y trabajo en el segundo nivel del SNS.
	VII	Siglo XX en Colombia: políticas de salud formación y práctica médicas.	
3 ^a	VIII	Ciencias sociales y salud hoy; hacia la construcción de una nueva semiología médica.	Clínica médica por especialidades (medicina interna, cirugía, ginecología, pediatría, etc.) y trabajo en el tercer nivel del SNS. Debe incluirse en este nivel los semestres XI y XII de "Práctica clínica integral", equivalente al tradicional año de Internado Rotatorio.
	IX	Antropología médica; Relaciones entre salud, cultura y sociedad.	
	X	Ética médica, bioética y ciencias sociales.	

ánimo de propiciar la discusión y el debate, bien sea a partir de textos o documentación primaria y secundaria, o bien, de experiencias concretas de trabajo comunitario o casos clínicos. Especialmente tres tipos de actividades son importantes: en primer lugar, los "temas generadores", en los cuales los docentes introducen la temática a discutir y los problemas a su juicio más relevantes; en segundo lugar, los "talleres", que consisten en el encuentro entre uno de los docentes (tutor) y grupos pequeños de estudiantes (10-15), con el fin de construir propuestas interpretativas acerca del tema en estudio, a partir del análisis y discusión de textos de diferente orden, incluyendo textos primarios originales de cada período histórico; y, finalmente, los "seminarios" o plenarias, momentos en los que se presenta al debate general los resultados del trabajo de los grupos en los talleres.

Los contenidos y los textos tienen que ver, cada vez más, con trabajos de investigación de los docentes, e incluso, algunos estudiantes se han vinculado a esos proyectos de investigación; por esta vía, varios egresados se han incorporado a la docencia en el Seminario.

En los últimos seis años se ha venido dando la incorporación de

algunos egresados en el trabajo de medicina comunitaria de la Facultad, y participan también en la docencia e investigación del Seminario; igualmente, aunque en menor escala, se han integrado recientemente docentes del área bioclínica, con lo cual se ha producido un nuevo tipo de interacción de los problemas que afronta cada área.

A nivel de posgrado, el Seminario ha participado en la propuesta de maestría en salud comunitaria y ha sugerido la constitución de grupos interinstitucionales de investigación en los estudios sociales sobre las ciencias y la tecnología, para el desarrollo de un posgrado en este campo.

SOBRE LAS IMPLICACIONES

Con base en la interacción y la discusión permanentes, la primera consecuencia en el trabajo docente es la posibilidad de construir espacios transdisciplinarios en la formación misma del estudiante a partir de problemas específicos que tienen que ver con los fundamentos de su proceso de aprendizaje.

Debe aclararse, sin embargo, que lo que presentaremos a continuación no pretende ser una exposición de resultados de esta propuesta, sino la identificación de las implicaciones que consideramos más importantes para la formación de los profesionales de la salud; es decir, como un amplio campo de posibilidades que se abre a partir de esta experiencia. Nuestros propios resultados comienzan a verse en la valoración de los egresados y sus intereses de trabajo. Sin embargo, aún no podemos presentar una evaluación sistemática de estos resultados. En este sentido y ubicándonos en un plano teórico, las implicaciones podrían puntualizarse de la siguiente forma:

- A partir de esta propuesta, el estudiante va entrando en la percepción de la salud y la enfermedad como fenómenos humanos y estos como realidades sociohistóricas; es decir, como procesos complejos, conflictivos, multideterminados, con policronía simultánea, con el cambio como único elemento omnipresente y, finalmente, como procesos atravesados por el lenguaje (la interacción) y el trabajo (la transformación) (44). Desde esta concepción, la cultura sería entendida como todo aquello que resulta de estos dos grandes elementos estrictamente humanos, trabajo e interacción y, en tanto tales, como construcción histórica (45). Así las cosas, el estudiante podrá percibir el conocimiento como un producto cultural, históricamente construido y verá en la historia crítica de los fundamentos de su cultura científica, las capacidades de transformación, las limitaciones de su visión de la realidad y las posibilidades de investigación para la construc-

ción de nuevas alternativas. Esto implica la relativización de la verdad científica, la posibilidad de plantear preguntas al saber que se recibe y la necesidad de profundizar en la estructura misma del saber, para poder transformar, ampliar, sugerir y construir nuevas vías, y, por último sentirse que participa como sujeto histórico en el proceso de aprendizaje.

- Esto conlleva también la comprensión de otras formas de conocer y entender la realidad como construcciones histórico-culturales de comunidades o grupos humanos concretos, intentando superar así la valoración positivista de lo no-científico como error conceptual o simplemente como ignorancia de la verdad. En esta medida, aquellas prácticas médicas distintas de las que el estudiante aprende como científicas en cada época, ya no tendrían que ser entendidas como soluciones superadas y falsas sino como complejos fenómenos culturales que determinan también maneras de enfermar y de morir (46).
- Por esta vía, las representaciones del sujeto que se enferma juegan un papel mucho más profundo que el de conocer o ignorar el proceso de su propia enfermedad. De esta forma, la manera como el sujeto enfermo percibe su cuerpo, concibe la enfermedad e interpreta lo que en él ocurre, no solamente aparecería como factor que produce externamente cambios biológicos, sino como proceso central de su realidad de enfermar; tal proceso participaría permanentemente, tanto en el momento diagnóstico como en el terapéutico, si el médico logra percibirlo (47).
- Igualmente, las maneras de enfermar y morir no podrían ser vistas como la mera sumatoria de enfermedades particulares, sino como fenómenos históricos en realidades sociales concretas, sometidos a las mismas vías de multideterminación de los procesos sociales y en ningún momento aislados (48).
- La historia del sujeto en su colectividad, en medio de los complejos fenómenos sociales, económicos, políticos y culturales de la sociedad a la cual pertenece, comenzaría a jugar un papel trascendental en el proceso semiológico médico, intentando ir más allá de la historia natural de la enfermedad para profundizar en la historia del sujeto socio-histórico que se enferma (49). En otras palabras, intentar la construcción de una nueva semiología médica que reinterprete el orden biológico desde la complejidad del desorden social que lo transgrede, en cada uno de los sujetos, pero también en las colectividades humanas (50).
- Esto implica nuevos procesos de comunicación con los sujetos y las colectividades, en los que la transformación de la observación médica sería inevitable; es decir, se trataría de momentos de

mutua exploración y mutua transformación en el encuentro médico-paciente, hacia la mejor interpretación y superación de la realidad del enfermar. Así, la participación del paciente y de las colectividades sería central, ya no para cumplir con indicaciones, ni para someterse a las propuestas del saber científico, sino para la búsqueda de alternativas conjuntas frente a un malestar valorado, desde diferentes perspectivas, como enfermedad.

- En el terreno ético y desde esta perspectiva, el estudiante deberá pensar inevitablemente en su papel frente al papel del otro; es decir, pasará por el problema de definir lo que cree bueno para el otro pero también preguntar por lo que este último cree que es bueno para sí. Ahora bien, en tanto que ni él ni el otro están solos en el mundo y en tanto que son sujetos sociohistóricos, la reflexión sobre los valores y sobre los fundamentos éticos históricamente construidos, deberá ir más allá de la simple postura individualista. El acuerdo superficial o el supuesto respeto en el que se ejerce la persuasión, enmascaran posiciones de poder no evidenciadas (51). Habría que comprender la posición del otro tanto como la propia, así como lo que está detrás de cada una, para que en la discusión se produzcan transformaciones colectivas.
- El estudiante también tendría la oportunidad de comprender que sus decisiones en la práctica profesional no son simplemente opciones técnicas que, en tanto que basadas en conocimientos científicos, son en sí mismas buenas; por el contrario, se encuentran determinadas por complejos fenómenos históricos como las relaciones Estado-salud, las políticas de salud en un momento dado, la estructura docente e institucional, las presiones de los grupos sociales, los intereses económicos y políticos tácitos, etc. Asimismo, la posibilidad de comparar la diversidad de los procesos de difusión, aclimatación, institucionalización e innovación científica y profesional en los distintos espacios geoculturales latinoamericanos permitiría al estudiante comprender la especificidad y las características del desarrollo conceptual e institucional de su propia práctica en su propio país y las relaciones que se han venido estableciendo históricamente entre dicha práctica y un contexto determinado. Tendría así el médico una comprensión clara de lo que hace hoy, cómo lo hace, por qué lo hace, y de qué manera esta actividad se articula al espacio geocultural donde lo hace. También, de cómo lo ven los demás, por qué lo ven así, y por qué los resultados e impactos de su trabajo son unos y no otros.
- De esta forma, la comprensión de las decisiones políticas en salud

iría más allá de la simple aplicación técnica, para llegar a la construcción de posiciones críticas, desde la realidad misma del trabajo del profesional de la salud, pero con criterios amplios, desde una visión historicosocial (52). A manera de ejemplo, puede decirse que las relaciones que se plantean actualmente entre descentralización político-administrativa, participación comunitaria y democratización, no son unívocas; lo uno no implica lo otro; no obstante, el estudiante puede percibir que es posible construir vías de franca democratización si se parte del conocimiento de los procesos locales y regionales desde el análisis histórico-crítico, relacionado con el contexto nacional e internacional.

- En este sentido, el análisis histórico de la realidad local jugaría un papel trascendental, tanto en el proceso de formulación y ejecución, como en el de evaluación de las decisiones en salud, en todo lo cual se haría necesaria la presencia y participación activa de las fuerzas sociales, organizaciones comunitarias de todo tipo, funcionarios prestadores de servicios, instituciones locales oficiales o privadas de diferentes sectores y, de manera muy especial, la Universidad. Es en este esfuerzo conjunto de la comprensión histórica de la realidad local en el que es posible hablar de intersectorialidad, interdisciplinariedad, integración funcional en la base y, finalmente, de relación docente-asistencial en los servicios locales de salud (53).

CONCLUSION

En términos generales, puede decirse que este tipo de ubicación histórico-social, política, económica, ética, institucional, etc. del estudiante, se puede convertir en un importante instrumento de trabajo, tanto para el proceso de formación como para la práctica del profesional de la salud; claro está, no se trata de un instrumento de orden estrictamente técnico, pero sí de la confluencia de una perspectiva teórica útil para la comprensión de la realidad social en la cual se encuentra. El desarrollo de este modelo contribuiría a la construcción de un nuevo tipo de humanismo médico que consistiría, no en el atiborramiento del estudiante con contenidos de cultura general, sino en una capacidad del médico para entender al hombre sano y enfermo como un ser que vive, siente, se enferma y se cura en el entramado de un conjunto de relaciones sociales y culturales, históricamente determinadas, por fuera de las cuales no puede existir: es decir, entenderlo y tratarlo como a un ser humano.

Hay que aceptar que los profesionales de la salud estamos ante

un problema de fondo. Este asunto no puede continuar siendo eludido en las discusiones sobre las reformas curriculares de los diferentes programas de formación académica de los profesionales de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Rosen, G. *De la policía médica a la medicina social*. México, Siglo XXI, 1985.
- 2 Rodríguez, M. I. y Villarreal, R. La administración del conocimiento. Lo biológico y lo social en la formación del personal de salud en América Latina. *Educ Med Salud* 20(4):424-439, 1986.
- 3 Lilienfield, A. y Lilienfield, D. *Fundamentos de epidemiología*. México, Addison-Wesley Iberoamericana, 1986, pp. 1-42.
- 4 Laurell, A. C. El estudio social del proceso salud-enfermedad. *Cuadernos Médico Sociales* (37), sept. de 1986.
- 5 Breilh, J. y Granda, E. *Investigación de la salud en la sociedad. Guía pedagógica sobre un nuevo enfoque del método epidemiológico*. La Paz, Fundación Salud y Sociedad, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, 1985; Breilh, J. *Epidemiología, medicina, economía y política*, 3ª ed. México, Fontamara, 1986.
- 6 Tirado Mejía, A. (Dir.) *Nueva Historia de Colombia*, 9 tomos. Bogotá, Planeta, 1989. Véase también: Cano Busquets, M. El debate por la historia: dialogar ante la intolerancia, Bogotá, *El Espectador*, 316, abril 30 de 1989, pp. 4-15.
- 7 Carr, E. H. ¿Qué es la historia? Colección *Obras Maestras del Pensamiento Contemporáneo*. Barcelona, Planeta-Agostini, 1985, pp. 47-48.
- 8 Heller, A. *Historia y vida cotidiana*. Madrid, Grijalbo, 1985.
- 9 Chaunu, P. *Historia cuantitativa, historia serial*. México, Fondo de Cultura Económica, 1987.
- 10 Braudel, F. La larga duración. En: *La historia y las ciencias sociales*. Madrid, Alianza, 1979, pp. 60-106.
- 11 Braudel, F. El tiempo del mundo. En: *La dinámica del capitalismo*. Madrid, Alianza, 1985, pp. 89-131.
- 12 Eco, H. *Apostillas al nombre de la rosa*, 3ª ed. Barcelona, Lumen, 1985, pp. 60-62.
- 13 Lecourt, D. *Para una crítica de la epistemología*. Colección Mínima No. 72, 4ª ed. México, Siglo XXI Ed., 1982, pp. 23-35.
- 14 Zuleta, E. Elogio de la dificultad. Bogotá, *El Espectador*, 358, marzo 4 de 1990, pp. 18-20.
- 15 Braudel, F. *Op. cit.*, pp. 60-106.
- 16 Quevedo, E., Gutiérrez, F. y Rueda, M. J. La medicina científica y la salud pública en América Latina durante el siglo XIX. En: Saldaña, J. J., ed., *Historia social de las ciencias en América Latina*. México, CNCA. En prensa.
- 17 Decoufflé, A-C. *La prospectiva*. Barcelona, Oikos-Tau, 1974, pp. 5-6.
- 18 Braudel, F. *El Mediterráneo y el mundo del Mediterráneo en la época de Felipe II*, Tomo II. México, F.C.E., 1976, pp. 787-788.
- 19 Colmenares, G. La historiografía científica del siglo XX. El caso de la Escuela francesa de los Annales. ECO, *Revista de la Cultura de Occidente*. 192, oct. de 1977, pp. 561-602.
- 20 Duby, G. y P. Aries. *Historia de la vida privada*, Tomos I-VIII. Madrid, Ed. Taurus, 1989-1991. Véase también: Entrevista a Georges Duby: el derecho del historiador a soñar. Bogotá, *El Espectador*, 395, noviembre 18 de 1990, pp. 4-5.
- 21 Toquica, C. Georges Lomné: La historia de lo imaginario. *Gaceta*, No. 9, dic. de 1990, ene.-feb. de 1991, pp. 15-17.
- 22 Nunes, E. D., Editor. *Ciencias sociales y salud en América Latina. Tendencias y perspectivas*. Montevideo, OPS-CIESU, 1986.
- 23 CEBES. VI Congreso Mundial de Medicina Social. *Divulgação em Saúde para*

- Debate No. 2, marzo de 1990. ALA-MES. *Boletín Informativo* No. 8, mayo de 1991.
- 24 Organización Panamericana de la Salud. Grupo de trabajo sobre articulación del conocimiento básico, biológico y social en la formación del personal de salud en América Latina. Informe Final. Paipa (Boyacá-Colombia), abril de 1989 (inédito, copia del original).
 - 25 Obregón, D. Ciencia e historia de las ciencias. *Ciencia, Tecnología y Desarrollo* 8(1-4), ene.-dic. de 1984, pp. 57-68.
 - 26 Quevedo, E. Alternativas para la enseñanza de la historia de las profesiones. *Revista da Sociedade Brasileira de História da Ciência* 3:91-103, 1989.
 - 27 Elkana, Y. La ciencia como sistema cultural: una aproximación antropológica. *Boletín de la Sociedad Colombiana de Epistemología* 3(10-11), ene.-dic. de 1983, pp. 65-80.
 - 28 Quevedo, E. Sozialgeschichtliche Untersuchungen zu Wissenschaft und Technik in Lateinamerika im allgemeinen und in Kolumbien im besonderen Bilanz und Perspektiven, Wissenschaftliche Zeitschrift. En prensa. Véase también: Vessuri, H. Perspectivas recientes en el estudio social de la ciencia. *Inter-ciencia* 16(2), mar.-apr. de 1991, pp. 60-68.
 - 29 Miranda, N. Elementos para un marco heurístico-interpretativo para la historia de la medicina en Colombia. *Ciencia, Tecnología y Desarrollo* 7(3), jul.-sept. de 1983.
 - 30 Quevedo, E. La institucionalización de la educación médica en la América Latina colonial. Ponencia presentada al Curso Internacional "El Nuevo Mundo y los procesos de difusión de la ciencia y la técnica durante el período colonial", Universidad Internacional Menéndez Pelayo, Valencia, 9-13 de septiembre de 1991; Quevedo, E., Gutiérrez, F. y Rueda, M.J. La medicina... *Op. cit.*; Aceves Pastrana, P. La difusión de la ciencia en la Nueva España en el siglo XVIII. La polémica en torno a la nomenclatura de Linneo y Lavoisier. *Quiipu*, 4(3), 357-385, 1987; Aceves Pastrana, P. y Saldaña, J.J. La cátedra de botánica y los gremios de la medicina en el Real Jardín Botánico. En: *Memorias del Primer Congreso Mexicano de Historia de la Ciencia y la Tecnología*, Tomo I. México, 1989, pp. 204-211; Aceves Pastrana, P. La difusión de la química de Lavoisier en el Real Jardín Botánico de México y en el Real Seminario de Minería (1788-1810). *Quiipu* 7 (1), 1990, pp. 5-35; Arboleda, L.C. Acerca del problema de la difusión científica en la periferia: el caso de la física newtoniana en la Nueva Granada (1740-1820), Ideas y Valores, *Revista Colombiana de Filosofía* 79 (abril), 1989, pp. 2-26; Saldaña, J. J. Nacionalismo y ciencia ilustrada en América. En: Fernández Pérez, J. y González Tascón, I., *Ciencia, técnica y estado en la España ilustrada*. Zaragoza, 1990, pp. 115-129; Cueto, M. *Excelencia científica en la periferia*. Lima, GRADE/CONCYTEC, 1989.
 - 31 Braudel, F. *Civilización material, economía y capitalismo, siglos XV-XVIII*. Tomo 3. Madrid, Alianza, 1979, pág. 68.
 - 32 Fundación Escuela Colombiana de Medicina. *Filosofía de un programa. Col. Educación Médica*, Vol. 1, Bogotá, Escuela Colombiana de Medicina, 1984.
 - 33 Para una comprensión más amplia del proceso histórico de transformación curricular y conceptual del Seminario, véase: Fundación Escuela Colombiana de Medicina, Taller de Lancersos. En: *Reflexiones sobre un Programa, Col. Educación Médica*, Vol. 2, Bogotá, ECM, 1984.
 - 34 Quevedo, E. y Borrero, A. ¿Epistemología o historia de las ciencias? *Ciencia Tecnología y Desarrollo* 4 (3), jul.-sept. de 1980.
 - 35 Quevedo, E. Papel de la historia de las ciencias en la integración curricular de la Escuela Colombiana de Medicina. *Quiipu, Revista Latinoamericana de Historia de las Ciencias y la Tecnología* 1(2), mayo-ago. de 1984, pp. 223-243; Tamayo, F. Posibilidad de la reflexión epistemológica y su importancia en la formación del profesional de la salud. En: *Fundación Escuela Colombiana de Medicina. Proyecciones... Op. cit.*: 29-51.
 - 36 Canguilhem, G. El papel de la epistemología en la historiografía científica

- contemporánea. *ECO, Revista de la Cultura de Occidente* 247, mayo de 1982, pp. 1-20.
- 37 A este respecto fue decisiva la participación de algunos de los miembros del Seminario en la Sociedad Latinoamericana de Historia de las Ciencias y la Tecnología, entidad que le ha impreso una dinámica muy ágil a la investigación, a la difusión y al desarrollo institucional de la historia de las ciencias en nuestra Región.
- 38 Quevedo, E. Reflexiones sobre la investigación y la enseñanza de la historia de las ciencias. *Revista Colombiana de Psiquiatría* XIII (4), dic. de 1984.
- 39 Miranda, N. Apuntes para la historia de la medicina en Colombia. *Ciencia, Tecnología y Desarrollo* 8 (1-4), ene.-dic. de 1984, pp. 121-209; Quevedo, E. y Zaldúa, A. Antecedentes de las reformas médicas de los siglos XVIII y XIX en el Nuevo Reino de Granada: Una polémica entre médicos y cirujanos. *Quipu, Revista Latinoamericana de Historia de las Ciencias y la Tecnología* 3 (3), sept.-dic. de 1986; Quevedo, E. y Zaldúa, A. Institucionalización de la medicina en Colombia. *Ciencia, Tecnología y Desarrollo*, 1ª Parte, 12 (1-4), ene.-dic. de 1988, pp. 139-221 y 2ª parte, 13 (1-4), ene.-dic. de 1989, pp. 233-310. Quevedo, E. y Vergara, A. El proceso de institucionalización de la educación médica en Colombia. *Revista ECM* 1 (1), ene.-jun. de 1988, pp. 41-66.
- 40 Mariño, C. y De Ríos, D. Modelo interdisciplinario para el abordaje de las distintas prácticas médicas no científicas. Ponencia presentada a las I Jornadas Hispano-Andinas de Historia de la Medicina, Quito, abril de 1984 (inédito). Mariño, C. y De Ríos, D. Caracterización de una práctica médica no científica: la medicina popular. Ponencia presentada al 45º Congreso Internacional de Americanistas, Bogotá, jun. de 1985 (inédito); Mariño, C., De Ríos, D. y Quevedo, E. Medicina popular *versus* medicina tradicional, Colombia: *Ciencia y Tecnología* 5(4), oct.-dic. de 1987.
- 41 Quevedo, E., Miranda, N., Mariño, C. et al. La salud en Colombia, análisis socio-histórico. Bogotá, Estudio Sectorial de Salud, Ministerio de Salud Pública, Departamento Nacional de Planeación, 1990; Hernández, M. La medicina popular en las comunidades urbanas marginales: aportes desde una investigación concreta. *Universitas Humanística* 18 (30), ene.-jun. de 1989; Hernández, M. Salud, violencia e historia local. En: Escuela Colombiana de Medicina. *Violencia, Salud y Universidad*. Bogotá, Escuela Colombiana de Medicina, 1990; Hernández, M. Participación comunitaria e historia local. Ponencia presentada al Seminario-Taller Reforma del Estado, descentralización y salud en América Latina. Bogotá, feb. de 1991 (inédito); De Ríos, D., Edit. *Antropología médica*. En prensa.
- 42 Quevedo, E. Bioética, historia y salud pública. *Quirón* 22 (1), 1991, pp. 69-73. Hernández, M. Bioética: Un nuevo espacio transdisciplinario. Ponencia presentada a las II Jornadas Psiquiátricas de la Clínica de Nuestra Señora de la Paz, Bogotá, mayo de 1991 (inédito); Hernández, M. El principio de justicia y las políticas de salud en Colombia en los últimos 30 años. Ponencia presentada a las VIII Jornadas de Humanidades Médicas. La Plata, nov. de 1990 (en prensa); Hernández, M. El Derecho a la salud y la nueva Constitución Política Colombiana, *Revista de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional*. En prensa.
- 43 Escobar, J. Articulación del conocimiento básico, biológico y social en la formación del personal de salud: aporte de una experiencia. En: Fund. Escuela Colombiana de Medicina. *Proyecciones . . . Op. cit.*: pp. 65-78.
- 44 Quevedo, E. El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivista. Ponencia presentada al Seminario Permanente sobre Salud y Administración, Maestría de Administración en Salud, Universidad Javeriana, Bogotá, junio 19 de 1990. En prensa.
- 45 Habermas, J. Trabajo e Interacción. *ECO, Revista de la Cultura de Occidente*. 211, mayo de 1979, pp. 1-31.
- 46 Véase el capítulo Salud y Cultura. En: De Ríos, D., Edit. *Antropología . . . Op. cit.*

- 47 Hernández, M. La medicina popular. *Op. cit.*: 195–200.
- 48 Esta realidad ha sido captada y descrita en forma clara desde tiempo atrás por agudos espíritus literarios. Véanse como ejemplos, entre muchos otros, Mann, T. *La montaña mágica* y Tolstoi, L. *La muerte de Ivan Ilich*. Existen ediciones varias.
- 49 Hernández, M. Salud, violencia e historia local. En: Fundación Escuela Colombiana de Medicina. *Violencia, Salud y Universidad*. Primer Encuentro de Egresados. Memorias. Bogotá, agosto 25–26 de 1989. Bogotá, Escuela Colombiana de Medicina, 1990, pp. 121–136.
- 50 Quevedo, E. El proceso salud-enfermedad. *Op. cit.*
- 51 Ferry, L. Las tres épocas de la ética. Conferencia dictada en la Universidad de los Andes, Bogotá, 26 de mayo de 1991 (Inédito-traducción de Nelly Figueroa).
- 52 Berlinguer, G. Democracia y salud. Conferencia Juan César García. En: V Congreso Mundial de Medicina Social. *Memorias*. Medellín, agosto de 1987. Medellín, Universidad de Antioquia, Depto. de Publicaciones, 1987; Berlinguer, G. Democracia, desigualdad y salud, VI Congreso Mundial. *Op. cit.*: 9–15.
- 53 Hernández, M. Salud, violencia. *Op. cit.*: 121–136.

L LA MODERNIZACION DEL CIENTIFICISMO Y EL ARCAISMO NACIONAL ACTUAL: EL CASO DE LA FORMACION MEDICA EN EL PERU

*Juan Arroyo Laguna*¹

Estamos ante una crisis evidente de la formación médica en el Perú. Es la crisis de la educación superior en los países dependientes, repetidoras del desarrollo científico del Primer Mundo para países que tienen problemáticas diferentes.

La incorporación de las ciencias sociales en la formación en salud es así, en el fondo, el planteamiento de una reforma educativa profunda en las áreas de salud, que renacionalice la educación médica en tanto lo que denominamos biologismo no es sino la forma que adopta nuestra dependencia y mimetismo cultural en este terreno. No se trata obviamente de reinventar la medicina científica, sino de desarrollarla integrando el aporte internacional desde un contexto histórico específico, el nacional y latinoamericano.

Ello supone promover un viraje en la formación en salud, similar al gran corte en la formación médica peruana del presente siglo, que se dio en la década de 1960. En esa década el humanismo aristocrático dejó de ser la escuela hegemónica en la formación médica peruana y fue reemplazado por el neopositivismo empírico, escuela hegemónica hasta la actualidad.

El fin de la hegemonía humanista en la medicina peruana tuvo que ver con el "aumento hospitalario" de los años 60 y el paso a los sistemas de atención masiva y a la democratización de la profesión médica. En el fondo, este cambio en la formación médica reflejó el paso del país de la semifeudalidad a la predominancia capitalista.

¹ Licenciado, Sociólogo y Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

El problema actual es que, al revés de lo que pasó en los años 60, en los años recientes se ha producido un nuevo "corte" en la estructura economicosocial peruana que, sin embargo, no ha tenido expresión en un cambio en la formación médica hacia una nueva escuela hegemónica.

Es esto lo que está en la base de la profunda crisis de la formación médica actual: el Perú se ha desindustrializado y retornado a condiciones sanitarias premodernas pero la universidad peruana prosigue formando médicos neopositivistas, admiradores del cientificismo occidental.

Hay así una profunda incoherencia en la formación en salud: vivimos una realidad sanitaria del cuarto mundo pero cultivamos un mimetismo universitario del primer mundo en las áreas médicas. Esta es la yuxtaposición actual que la incorporación de las ciencias sociales en la formación médica debe ayudar a superar. Porque el biologismo genera y a la vez vela esta inadecuación.

LA ETAPA DE LA PREDOMINANCIA DEL HUMANISMO ARISTOCRATICO EN LA FORMACION MEDICA

La hegemonía del humanismo aristocrático en la formación médica corresponde a la etapa de la universidad oligárquica, antes de su democratización en la década de 1960.

La formación médica oligárquica tenía como fundamento filosófico y pedagógico esta concepción del humanismo aristocrático. La Facultad de Medicina de San Fernando hasta la década de 1950 formaba médicos liberales, pero dentro de este enfoque centralmente aristocrático, diferente del liberalismo moderno, capitalista. El médico como profesional liberal del Perú semifeudal pertenecía a las capas medias tradicionales de las urbes aldeanas de entonces (Basadre, 1970). En realidad hasta las décadas de 1930 ó 1940 el médico en Perú conformaba en alguna medida una capa aristocrática, si no por origen sí por status e ideología.

En la literatura médico-social está claro el rol del médico cuasi-aristócrata como médico de familia de las capas pudientes, que atendía también en los servicios de beneficencia u hospitalarios pero como labor complementaria. La mayoría poblacional en la práctica no tenía acceso al sistema sanitario formal, y se mantenía en el circuito de la medicina popular.

No se ha avanzado suficientemente, sin embargo, en estudiar la forma como la educación médica peruana combinaba lo feudal y lo capitalista, esto es, valores y cánones filosóficos y educativos precapitalistas, con los avances científicos producidos por la medicina occidental de fines del siglo XIX y primeras décadas del XX. Esta combinación de ideología humanista-benefactora con ciencia moderna tenía todavía como eje ordenador el sentido humanista de la profesión. Por eso hablamos del humanismo médico como eje formativo hasta los años 50 del presente siglo.

Esta formación médica aristocrático-humanista implicaba por tanto la contradicción entre el contenido y la forma, entre el mensaje científico y su forma pedagógica premoderna. Entre algunas de las características de esta formación médica estaban: a) el sobrepeso de la semiología y las clínicas en general sobre las ciencias básicas; b) la preparación predominante de médicos generales (Ugarte, 1964); c) el aprestamiento central para el manejo de una tecnología médica artesanal (estetoscopio, tensiómetro, etc.), de uso individual (Pesce, 1956); d) la escasa presencia de la medicina social y sus cursos correspondientes; f) la clara primacía de la enseñanza teórica, y e) la enseñanza pasiva y la relación muy jerarquizada catedrático-alumno.

El pensamiento médico humanista todavía integraba a las ciencias naturales dentro de la cultura, al revés del positivismo moderno, que sobrevalora las ciencias experimentales y soslaya o subsume las humanidades y ciencias sociales. Ello tiene atrás una vieja polémica epistemológica, pues mientras el positivismo intenta subsumir la especificidad de las ciencias sociales imponiéndoles el método de las ciencias naturales, el humanismo, al revés, diluye las ciencias naturales en las humanidades. El médico humanista de los tiempos semif feudales era por eso un hombre culto y no un micro-especialista, era un profesional capaz de departir en los salones aristocráticos de la época sobre literatura o historia.

Acaso por eso este sello aristocrático en la formación y práctica médica no impidió el desarrollo de una corriente médica social a fines del siglo XIX y primeras décadas de este siglo. Se esbozó entonces una escuela médica nacional. La investigación científica estudió la patología nacional; se debatió el papel del Estado y del médico ante la salud del pueblo; se multiplicaron las publicaciones médicas (Alarcón, 1978: 4). Expresión de esta preocupación médico-social fue la creación del Instituto de Medicina Social en San Marcos en 1927.

El médico humanista de entonces no rendía pleitesía a las ciencias naturales por tanto. Hay que acordarse de que el pensamiento humanista es anti-empirista, prosiguiendo la tradición filosófica idealista. Hasta la primera revolución tecnológica en el siglo XVIII hubo siempre un prejuicio contra el trabajo manual, que se consideró solo propio de las clases menesterosas. De este modo la experimentación y observación no fueron tomadas en cuenta por las capas intelectuales, que se restringían al método teórico y deductivo de pensamiento, lo que produjo precisamente la expresión medieval más refinada de este formalismo idealista, la lógica escolástica (Zilsel, 1941: 56). La escuela humanista prolonga esta tradición espiritualista y es, en el fondo, parte del pensamiento social precientífico, esto es, arrastra todos los límites que tenía la filosofía social, forma del pensamiento social antes de devenir en científico y originar la ciencia social en el siglo XIX.

Es más, justamente a fines del siglo XIX y comienzos del actual tuvo su auge en el pensamiento filosófico la escuela neo-kantiana, idealista.

Junto a esto, en el pensamiento social Spengler abrió los fuegos contra el positivismo y la ciencia con "La decadencia de Occidente", reinaugurando la corriente social anti-experimental e intuitiva que luego seguirían Toynbee y Sorokin. Esta escuela sociológica humanista, anti-positivista e idealista tiene su prolongación hasta nuestros días, si bien en otras versiones específicas, los humanismos contemporáneos.

Hay que anotar, además, que la influencia francesa predominante en la formación médica peruana de entonces — fines del siglo XIX y primeras décadas del XX— engarzaba mejor con el humanismo, a diferencia de la posterior influencia norteamericana, que es de neta factura positivista, solo compatible con el biologismo médico.

Finalmente, el humanismo no ha desaparecido en la formación médica actual, como pudiera pensarse, pues el pensamiento hegemónico en cada etapa de la formación médica ha coexistido siempre con escuelas subordinadas. El humanismo ha pasado a ser, por tanto, una corriente subordinada. Pero este humanismo actual ya no es de cuño aristocrático, sí bien mantiene la misma visión conservadora de la profesión médica tras su énfasis en la motivación vocacional del médico, su soslayamiento de lo científico, su visión culturalista de la sociedad y su concepción benefactora de la medicina.

La pervivencia del humanismo en los profesionales de la salud está garantizada por su no formación en ciencias sociales, pues la carencia de una teoría de la sociedad se reemplaza entonces por ideales generales o conceptos vagos —bienestar, comunidad, familia— inmersos en el sentido común general, que intentan explicar cuando más bien deben ser explicados.

EL FUNCIONALISMO COMO ETAPA FUGAZ EN LA FORMACION MEDICA PERUANA, ENTRE LA ETAPA HUMANISTA Y LA CIENTIFICISTA POSITIVISTA ACTUAL

El funcionalismo tuvo alguna presencia en los estudios médico-sociales de la década de 1950 y 1960, bajo la forma de antropología médica, pero luego fue rápidamente superado por el pragmatismo del positivismo moderno.

La filosofía humanista-aristocrática desde mediados de los años 50 permitió la influencia del funcionalismo en sus flamantes departamentos de medicina preventiva. Así, la educación médica semifeudal en su ocaso abrió las puertas a las ciencias sociales pero admitiéndolas como antropología cultural, en la versión temprana del funcionalismo que hiciera Malinowski. Por eso las llamaron "ciencias de la conducta" (Mercer, 1986: 232; Brito, 1987: 32). Los aportes de Merton y Parsons impactaron solo fugazmente en los años 50 e inicios de los años 60, pues a decir verdad el

funcionalismo fue apenas una etapa puente entre la vieja concepción médico-social (ambiente, higiene, salubridad) y la nueva, de corte positivista (la ciencia social como complemento estadístico de la medicina bióloga).

Con el funcionalismo ingresaron por tanto formalmente las ciencias sociales en la formación médica. Pero este ingreso se debió más a un impulso externo que al desarrollo interno de un pensamiento médico-social. Ya diferentes estudios han hecho una reseña de los diversos eventos internacionales de escuelas de medicina, ministros de salud o seminarios especializados en la materia, organizados por la Organización Panamericana de la Salud y otros organismos internacionales, que auspiciaron la integración de las ciencias sociales en los estudios médicos (Rodríguez, 1990: 6-11; Montoya, 1987: 162-163). El impulso desde fuera del funcionalismo no caló muy profundamente.

Es más, también en la sociología latinoamericana el apogeo del funcionalismo fue fugaz. El estructural-funcionalismo estuvo atrás de la teorización del desarrollo auspiciada por la Alianza para el Progreso a inicios de la década de 1960. El sustento de la confusión entre modernización y occidentalización fue de cuño funcionalista. En Rostow esta transformación contenía etapas de crecimiento preestablecidas, que partían de la "sociedad tradicional" y arribaban a la "sociedad más allá del consumo" (Rostow, 1960: cap. 13). En las teorías de Lewis o Germani sobre la modernización y el contraste cultural entre modernidad y tradicionalismo estaba la visión funcionalista del dualismo estructural de nuestras sociedades.

El paso del funcionalismo por las ciencias sociales latinoamericanas fue fugaz porque el funcionalismo es una sociología de la integración societal que busca la funcionalidad de la parte al todo y la realidad latinoamericana se caracteriza precisamente por los desequilibrios y contradicciones. Por eso se desvaneció muy rápidamente la concepción del desarrollo como "fenómeno lineal, pacífico y más o menos equilibrado" (González Casanova, 1970: 7), pasando el pensamiento social a buscar más bien teorías del conflicto social. Curiosamente el planteamiento panamericano más ambicioso, el del Presidente Kennedy, fue a la vez el punto final de la hegemonía funcionalista en nuestra sociología así como el puente hacia corrientes sociológicas más cercanas al enfoque histórico-estructural. El pensamiento de la CEPAL y la Teoría de la Dependencia pasaron a ser las corrientes hegemónicas desde mediados de la década de 1960.

Por eso no hay generaciones médicas en el Perú que expresen una etapa propiamente funcionalista y su matriz conceptual respectiva: acción social, actor, situación, orientación motivacional, roles, pautas, salvo en algunas áreas específicas, en particular las relativas a la administración en salud y sus enfoques sistémicos. El funcionalismo es una teoría del equilibrio social, que ubica su objeto en la estructura de las motivaciones. Desplaza el interés hacia lo individual y lo psicosocial, evadiendo la realidad del hombre como sujeto histórico-social. No es casual que Parsons se limite

al análisis de los roles del médico y del paciente, contribución que necesita integrarse en un enfoque más global para devenir útil (Parsons, 1951).

EL POSITIVISMO CIENTIFICISTA SE CONVIRTIO EN HEGEMONICO COINCIDIENDO CON LA MODERNIZACION DEL PAIS: EL SENSORIALISMO, PRAGMATISMO Y OPERACIONALISMO EN LA FORMACION MEDICA

Se desprende de lo anterior que la matriz conceptual dominante en la base del biologismo médico actual no es el funcionalismo. La actual escuela médico-social latinoamericana tiene por tanto que precisar el tipo de escuela filosófico-sociológica detrás del biologismo, que es su opositora, pues algunos textos ponen en el blanco al funcionalismo, otros al positivismo, y unos terceros hablan de ambos entremezclándolos. La escuela detrás del biologismo es evidentemente el empirismo neopositivista.

En el caso peruano el predominio del positivismo empirista se dio en forma tardía, en la década de 1960. María Isabel Rodríguez y Ramón Villarreal ubican la "era flexneriana" de la educación médica latinoamericana, esto es, el predominio de planes de estudio con enfoques eminentemente biólogos en la década de 1950 (Rodríguez-Villarreal, 1990: 6).

El asentamiento del positivismo en nuestro caso tiene que ver con el ingreso de la medicina peruana a su etapa moderna. Después de todo, esta versión última del positivismo tiene un origen tecnocrático en los países metropolitanos, siendo la ideología de los especialistas que se ubican en el entorno de la tercera revolución científico-tecnológica. Es fácil que empate con el modelo médico hegemónico, biólogo, que precisamente tecnocratiza la profesión.

Esta versión positivista es antisociológica. Solo vale, en su concepto, lo mensurable. Lo demás sería filosofía teleológica, metafísica, imposición de juicios de valor. El científicismo naturalista se autorreconoce como la única forma de ciencia y verdad.

Lo peculiar de este empirismo positivista es que es antiteórico. Para él los hechos son la verdad. Las sensaciones son el conocimiento. De las relaciones entre los hechos se derivan leyes y de las relaciones entre leyes, surge la teoría (Castells, 1973). No hay, por tanto, una diferencia cualitativa fundamental entre el sentido común y el conocimiento científico. La ciencia es solo la sistematización de lo observado, la actividad científica es constatación, registro u observación. No hay necesidad de marco teórico: estamos ante "el fin de las ideologías".

Vista esta confrontación históricamente, se trata de una revancha de las ciencias naturales contra las ciencias sociales y la filosofía, habida cuenta de que desde la antigüedad y el medioevo lo manual, la experimentación y la observación fueron dejados para la plebe y los trabajadores,

considerándose que el método humanístico o teórico era el método intelectual por excelencia. De ahí la ancestral división del conocimiento en artes liberales y artes mecánicas (Zilsel, 1941). Hoy los avances de la ciencia empujan a los de la filosofía y ciencias sociales.

Esta matriz filosófica neopositivista está atrás del biologismo en la formación médica. Acostumbra al estudiante de medicina al sensorialismo: solo existe lo que deja impresiones en los sentidos. Tiñe de un perfil pragmático a la profesión: solo es verdad aquello que es útil, viejo axioma de William James. Rebaja la medicina a una técnica al considerarla como un simple operacionalismo terapéutico.

En consecuencia, la corriente médico-social latinoamericana tiene que tener en cuenta que no está enfrentando al funcionalismo o al positivismo biologista (Spencer), que contraponen una teoría societal a la teoría histórico-estructural, sino a una escuela teórica que se hace hegemónica a nombre del fin de las teorías. Quien gobierna la práctica médica lo hace principalmente de manera invisible, vía el sentido común médico, vía el empirismo de la vida cotidiana y el mensaje implícito de 5267 horas promedio de formación predominantemente biologistas (García, 1972).

No existe por tanto un opositor activo y organizado a la incorporación de las ciencias sociales en los currículos de salud. El cientificismo positivista otorga su consenso para la incorporación de las ciencias sociales no solo porque la socialización de la salud convierte la presencia de las ciencias sociales en irreversible sino porque tiene, además, formas invisibles de vaciar esta incorporación de su filo reorientador. Una de esas formas consiste precisamente en admitir las ciencias sociales empiristas en la formación médica, a través de los cursos de estadística, o la enseñanza de técnicas de investigación o métodos de trabajo de campo. No toda incorporación de las ciencias sociales es, por tanto, una superación del biologismo. Hay también una sociología empirista, ciencias sociales empiristas.

Por eso hoy el pensamiento médico-social es todavía más un complemento y en algunos casos una retórica encubridora de este cientificismo positivista que un eje ordenador de la formación en salud.

LA RUPTURA ENTRE LA HEGEMONIA NEOPOSITIVISTA Y LA CRISIS SANITARIA ACTUAL EN EL PERU: LA CRISIS DE LA FORMACION MEDICA

En realidad debiéramos entender al biologismo como una forma de cosmopolitismo o extranjerismo en el terreno cultural. Expresa un colonialismo ideológico, una especie de satélite de los contenidos universitarios. Al no existir una escuela médica nacional que integre lo occidental a partir de una investigación propia, se perpetúa la medicina de los países desarrollados. Un biologismo nacional seguiría siendo biologismo pero sería

más cercano a la problemática sanitaria nacional. Pero no hay una potente investigación científica nacional.

Esto genera una incoherencia entre la formación universitaria y la realidad nacional, que es más evidente en nuestra formación en salud porque en el Perú justamente hemos vivido en los últimos 15 años un retroceso de homogeneización capitalista que se desarrolló en los años 60 y 70. El intento de modernización capitalista de esos años sancionó el estatuto de la salud como un derecho público: se vigorizó la política social del Estado; se pasó del consultorio a los sistemas modernos de atención masiva; se reubicó al médico de profesional liberal a trabajador de la salud, y se desarrolló la especialización en salud pública como una necesidad derivada del desarrollo hospitalario y de la red nacional de salud.

Hoy estamos de retorno. El Perú actual es un país desestructurado, con un mercado interno reducido y desorganizado, una crisis profunda del Estado y una desintegración del tejido social propiciado por la etapa de industrialización por sustitución de importaciones.

Esa descomposición nacional se expresa en términos sanitarios en un retroceso, esto es, una regresión de la situación sanitaria hacia etapas previas. La crisis ha puesto en emergencia la situación de salud de la población. Vivimos una emergencia sanitaria crónica.

En este proceso de regresión, todas las leyes de reproducción de la salud poblacional bajo normas occidentales han sido quebradas. En la sociedad capitalista clásica el derecho al trabajo es la base del bienestar: la jornada laboral se compensa con un salario, que sustenta la reproducción familiar de la fuerza de trabajo. En el Perú actual solo el 7% de las personas están adecuadamente empleadas, hay 83% de subempleados, y un desempleo abierto de 10%. En términos económicos, hay una situación de desempleo estructural que es la base del subconsumo crónico y, por tanto, la reproducción solo parcial de la fuerza de trabajo. En términos de salud, el subconsumo significa emergencia sanitaria estructural. Si el salario no cubre la canasta básica y el subempleo informal tampoco tiene ingresos adecuados, no puede haber un desarrollo integral de la población, esto es, de la salud, e incluso, como ha pasado en los últimos años en el Perú, hay destrucción lenta de la fuerza laboral y de la población. No hay vida plena, hay enfermedad y muerte.

La crisis y descomposición en el Perú han puesto en evidencia la ley que rige el nivel de salud en nuestros países dependientes: el maltrato crónico de la reproducción de la fuerza laboral y poblacional es la fuente de la problemática de salud de los países latinoamericanos porque la destrucción de fuerzas productivas forma parte de la tasa de beneficio. Hay aquí una continuidad colonial en la lógica de nuestra economía, diferente a la del capitalismo desarrollado. En la América Latina, y en particular, en el Perú, las economías no basan la ganancia solo en la productividad sino

también en la sobre-explotación, esto es, no se sustentan solo ni principalmente en la renovación tecnológica sino más bien en la apropiación del salario y formas de plusvalía absoluta o similares a ella. Algo de esto analizaba Juan César García cuando indicaba que “por ejemplo, la medicina oficial dirigida a los obreros en una sociedad capitalista intenta mantener y recuperar la fuerza de trabajo como una forma de aumentar la plusvalía relativa mientras que, cuando se dirige a la mano de obra marginal, le interesa el consumo médico sin importarle la recuperación de la fuerza de trabajo” (García, 1983). Es la lógica de lo que algunos han denominado “capitalismo salvaje” o perverso, en que la ganancia se apropia del salario, es decir, de su propio mercado y, al final, de la vida y salud de la población.

Así la secuencia establecida en las dos últimas décadas en el Perú ha sido la siguiente: la industria sustitutiva quebró la feudalidad agraria pero no la sustituyó con una estructura agraria moderna de reemplazo, con empleo, convirtiendo al campesino en fuerza de trabajo libre pero sin empleo; este desempleo estructural ha generado una oferta excesiva de fuerza de trabajo que tiende a bajar los salarios, alimentando la lógica de sobreganancias que rige nuestra economía (Arroyo, 1984: 116). Ello sanciona una situación de pauperización del mercado interno, base insuficiente de un despegue productivo. Ahora, de retorno hacia políticas económicas neoliberales en boga, la compresión de los salarios ha llevado los ingresos por debajo de la canasta básica integral e incluso a nivel de canasta de infrasubsistencia, deprimiendo aún más el mercado interno y la salud poblacional. Es más, las medidas económicas agresivas sobre la población devienen objetivamente en políticas de población.

Esta ruptura de las normas modernas por los propios gestores de la modernidad ha producido el caos en la sociedad peruana y replegado al Estado de los servicios públicos. Se supone que la reproducción de la sociedad moderna reposa en obras y servicios colectivos, que expresan la socialización del consumo. En el Perú la crisis del Estado ha significado su retraimiento social y, por tanto, la desorganización del consumo colectivo: hay crisis vial, crisis del transporte, crisis de las redes sanitarias, crisis de la electrificación, crisis hospitalaria. En general, crisis urbana y ruptura de las formas de vida occidental, tan caras al propio neoliberalismo. Crisis de la modernidad dependiente. Estamos ante una sociedad inédita por estar agotando sus sistemas de servicios públicos y el consiguiente retorno a formas de agregación urbanas precapitalistas, con todo el desorden y de-seconomías urbanas imaginables (Arroyo, 1986: 5).

En consecuencia, existe un fuerte retroceso de la política social del Estado, luego del despliegue agresivo de políticas sociales durante las décadas de 1960 y 1970. La crisis fiscal ha afectado en primera instancia a los servicios sociales brindados por el Estado, en particular los servicios de salud, entrando en crisis el modelo prestador. Hemos retornado así a

una situación de desamparo social, que fue característica de la época semifeudal.

La sociedad se ha visto por tanto obligada a reemplazar al Estado en sus funciones, revigorizándose los sistemas de ayuda mutua. Parece paradójico, pero de alguna manera hemos retornado a aquellas épocas en que la previsión social descansaba solo en la solidaridad corporativa artesanal, comunera o popular. Las estrategias de supervivencia popular constituyen un esfuerzo privado solidario para autodotarse de un sistema de seguridad social —en el sentido más amplio— que compense a su manera, parcialmente siquiera, el desamparo social.

El modelo prestador, anverso del biologismo, está en crisis, pero paradójicamente la universidad peruana prosigue formando médicos biólogos. Es evidente que necesitamos otra formación médica para un país, como el nuestro, en emergencia sanitaria. El biologismo desfasa al médico respecto al país. Prueba de ello es que ya en 1964 se encontró que el 11% de los 5235 médicos activos se encontraba ejerciendo en el exterior (Lip y otros, 1990, p. 50).

LA CRISIS DE LA UNIVERSIDAD PERUANA, LAS DIVERSAS FORMAS DE HEGEMONIA DEL BIOLOGISMO Y LA DETERMINACION DEL CURRÍCULO OCULTO

En la formación médica peruana han existido diferentes etapas y reformas curriculares. La bibliografía señala como hitos la formulación fundacional de Unanue con su Plan Sinóptico, la reforma de Cayetano Heredia a mediados del siglo XIX, la posterior etapa de influencia francesa y la última de influencia norteamericana (Lastres, 1951).

El planteamiento de introducir realmente —no formalmente ni complementariamente— las ciencias sociales en la formación en salud es en el fondo el de una reforma universitaria profunda en las áreas de salud. El punto de partida para ello es hoy, sin embargo, una universidad peruana en crisis.

En el Perú, hay que añadir, no solo la universidad está en crisis sino las ideas sobre ella. Así el tema universitario es soslayado por los sucesivos gobiernos; hay una crisis programática universitaria consistente en la desorientación general sobre qué hacer con el sistema universitario peruano.

Lo peculiar de este sistema universitario es que después de la etapa de la universidad oligárquica, que correspondió a la transición semifeudal hacia el predominio capitalista, no siguió una etapa de universidad moderna pública, que debía corresponder a los mayores niveles de industrialización del país. En la década de 1960 se democratizó la universidad peruana haciéndose masivo el ingreso a carreras, antes de la élite, como la

medicina: surgió la universidad popular estatal. Pero entonces se dividió el sistema universitario peruano, creándose muchas universidades privadas, de élite. En la década de 1970 el gobierno militar de entonces formuló el último intento serio de los gobiernos nacionales por enrumbar y orientar en favor de la sociedad posoligárquica el sistema universitario peruano. La vía autoritaria con que se intentó imponer la universidad modernizante llevó al fracaso el proyecto. Después de esto los sucesivos gobiernos abandonaron a la universidad peruana y las capas pudientes construyeron su propio sistema universitario, su *hinterland* de universidades particulares (Oficina General de Planificación de San Marcos, 1990: 5-8).

Las universidades estatales, por tanto, sufrieron una crisis causada por el propio Estado y no pasaron a constituirse en universidades modernas. Gran parte del sistema universitario peruano pasó de la etapa de la universidad oligárquica a la de la universidad marginal e informal. Esta es fruto del abandono estatal, pero también de la anarquización de la democracia universitaria.

Han terminado constituyéndose así dos tipos de universidades diferentes. En las privadas suele predominar el positivismo o el funcionalismo; en las estatales, el enfoque histórico-estructural. Las privadas suelen ser científicas; las segundas, más pragmáticas y utilitarias. Las privadas tienen una forma de gobierno definida; las estatales son desinstitucionalizadas. Las primeras no practican la democracia universitaria por autoritarismo; las segundas suelen desvirtuar esta democracia e incurrir en la simplicidad, la ineficiencia y la mediocridad. Hay, evidentemente, grandes excepciones en ambos tipos de universidad.

Este proceso general de la universidad peruana también ha impactado la formación universitaria en salud, pues las facultades de medicina se multiplicaron a partir de la década de 1960. Lo peculiar del caso, sin embargo, es que se trate de las facultades de medicina privadas o estatales, todas se orientan por el modelo biologista hegemónico, si bien con sus peculiaridades.

La diferencia es institucional pero no atañe al cuestionamiento de la predominancia del enfoque formativo biologista. La universidad estatal es más informal, a diferencia de la universidad privada, que es formal y reglamentada. En las universidades privadas sí hay un gobierno que dicta en alguna medida el curso central de actividades educativas, a diferencia de las universidades estatales, en que la formación es más la resultante de conflictos y encuentros. En la formación pública "existen tantos gobiernos como fuerzas sociales luchan por el control de los centros de poder". No hay "una acción central que persiga la coherencia global frente a las acciones parciales de los actores sociales" (Matus, 1987: 37). El gobierno no gobierna, no dicta el paso. Es uno de los gobiernos de facto internos. Pero la hegemonía del biologismo es similar.

Esta hegemonía se expresa de múltiples formas. Una de ellas es la inadecuada relación entre docencia e investigación: el tipo de cientificismo peruano suele ser teórico, por repetitivo, de los avances científicos extranjeros. O se entiende simplistamente el carácter social de la medicina, identificándola con la proyección social universitaria y el trabajo de campo. La proyección social deviene así el complemento de la formación biológica. O se expresa también en algunos casos en un tipo de epidemiología que tiende a reinventar la ciencia social vía teorías societales especulativas o presociológicas. O se enseña una estadística operativa, prescindente del momento teórico y, por tanto, neopositivista tras la neutralidad axiológica de los números. En general, se suele entender que la incorporación de las ciencias sociales atañe al entorno de lo médico-científico, no a su médula. Agustín Montoya lo describe claramente: "Por esos años —se refiere a la década de 1960— se incluyeron cursos de ciencias sociales con el fin de reforzar la formación teórica y preparar las actividades de campo . . ." (Montoya, 1987: 164). Según Elisa Gayoso, hay un "aislamiento con el resto de cursos de la carrera, los cuales son eminentemente clínicos" además de la "inexistencia de trabajo multidisciplinario entre profesores" (Gayoso, 1987: 179).

La hegemonía del biologismo no es necesariamente explícita. Los perfiles profesionales que presiden los planes de estudios buscan formar un "médico integral". Pero no hay una coherencia posterior. Los cursos devienen en compartimientos estancos. La libertad académica del profesor universitario la mayoría de las veces es absoluta (Galli, 1988: 10). La distribución de créditos no obedece a la aspiración de integración de las ciencias sociales. La pedagogía médica se basa en la simple acumulación de información en el alumno. No hay integración de ciencias básicas y clínicas en uno u otro nivel. Al final, la formación real no coincide con la aspiración institucional formal.

En realidad no coinciden el proceso del gobierno y el de planificación, cuando este último existe. El principio de la libertad académica hace del currículo oculto el currículo real (Tedesco, 1986). El plan de estudios es solo un referente vago de la formación médica real. En la universidad privada tiene un mayor peso real el currículo formal que en la universidad estatal, pero, al final, en ambas siempre el currículo oculto es el determinante.

Y es que la conciencia del proceso de formación se pierde en la labor cotidiana docente y administrativa del profesorado. Esta conciencia reaparece por el breve lapso de los seminarios curriculares, pero en ellos la posibilidad de una reestructuración profunda tiene muchos límites. El debate pedagógico se entremezcla con otras variables extra académicas. La reestructuración implica una redistribución de "poder". Las voluntades particulares someten por tanto el interés general. Los equilibrios hacen

mediocre el esfuerzo mancomunado. Pero además, los seminarios curriculares suelen desenvolverse dentro del enfoque de la planificación normativa, que “se desarrolla estrictamente en el plano del ‘debe ser’” (Matus, 1987: 49). En consecuencia, no buscan identificar el eslabón clave capaz de halar todo el sistema de contradicciones, la llave del cambio. En el momento del diagnóstico se escoge el método de la enumeración de factores; en el momento de las conclusiones y recomendaciones se hace una enumeración de soluciones (ver la XIV Conferencia de la ALAFEM, 1987). Esta suma es la nada.

Luego de los seminarios se retorna al “inmediatismo situacional”, al cálculo intuitivo y asistemático de los decanos y miembros del Consejo, mientras las oficinas de planificación y secretarías académicas se pierden en el “futurismo tecnocrático” y la “planificación normativa”, para utilizar la matriz conceptual de Matus. El cálculo técnico y el cálculo político son por lo general disyuntivos en la marcha académica normal, una relacionada a ideales sin mediaciones y la otra al poder sin objetivos.

La racionalidad del proceso formativo es, así, más implícito que explícito. La formalidad institucional encubre la informalidad dominante. Hay plan sin gobierno y gobierno sin cálculo. El momento del encuentro es fugaz y formal. Los órganos de dirección y de apoyo devienen todos administrativos, abandonando su naturaleza de conducción, orientación, asesoría y diseño de políticas.

UNA ESTRATEGIA CENTRAL PARA EL CAMBIO CURRICULAR: LA REFORMA MEDICO-CULTURAL COMO FUNDAMENTO DE LA RENOVACION

El proceso formativo actual como suma de aportes atomizados individualizados debe ser reemplazado por la construcción de una voluntad consciente, capaz de oponerse a la corriente de los hechos y de reorientar la formación hacia objetivos racionalmente decididos.

Sin embargo, ¿por dónde empezar? Los órdenes de problemas a enfrentar para una real incorporación de las ciencias sociales, y por tanto para una reforma curricular profunda, son de naturaleza múltiple. Hay problemas en todas las etapas de educación universitaria en salud: en la selección del conocimiento, su organización, transmisión, evaluación y distribución (García-Guardilla, 1986: 6).

La selección y organización del conocimiento corresponden principalmente al currículo y al docente, concentrándose en esta etapa las dificultades para estructurar un currículo integrado y coherente, para centralizar los temas de enseñanza, evitar las superposiciones, socializar los contenidos y limitar la libertad absoluta del docente en el manejo temático.

Aquí casi nunca coinciden el perfil profesional, el programa de estudios y el manejo de las asignaturas.

En la transmisión del conocimiento el problema se agrava: el docente médico no es pedagogo ni pretende serlo. La metodología tradicional informativa, memorística, pasiva, está lejos de los principios educativos de McKeachie que Juan César García propugnaba, esto es, los principios de organización, motivación, creatividad, variedad de experiencias y retroalimentación (García, 1972: 75). Pero además, se transmiten valores, actitudes y creencias que, más allá de los propósitos explícitos, legitiman el biologismo y medicalismo.

La etapa de evaluación es también asumida en términos clásicos: existe evaluación de los alumnos pero no del proceso formativo global y por tanto del rendimiento académico de las facultades de medicina. Ni hablar de la distribución del conocimiento, abandonada al azar y por tanto a un acceso desigual según condiciones extrauniversitarias, salvo las facultades con amplios recursos bibliográficos a disposición estudiantil.

Parafraseando a Matus, todos los actores de las facultades de medicina somos responsables del curso práctico de la formación médica, curso que aparece sin embargo como un "curso ciego donde se pierde la racionalidad humana societal en el mar infinito de las voluntades y fuerzas individuales" (Matus, 1987: 18), especialmente en las universidades estatales. Los actores formativos en buena medida hemos abandonado una libertad académico-formativa elemental, la de dominar el propio proceso educativo, que es solo condensación de relaciones sociales que, sin embargo, aparecen como fuerzas extrañas y resultan expropiadas precisamente a aquellos que las producen, sometiendo a los actores educativos a una mezcla de mensajes simbólicos no conscientes, improvisación y esfuerzos encontrados, que no obstante no dejan de tener un curso general biologista-medicalista.

Evidentemente la naturaleza de la educación en salud, que hemos esbozado, invalida cualquier intento de planificarla normativamente. La incorporación de las ciencias sociales no es solo ni simplemente un asunto curricular. Se presentan aquí algunas líneas de acumulación hacia la incorporación real de las ciencias sociales en la formación en salud.

La incorporación de las ciencias sociales solo dará un salto cualitativo con el impulso de la investigación nacional y la generación de una escuela médica nacional

Es evidente que el salto cualitativo para una formación médica integral tiene que ver con los contenidos de la enseñanza más que con sus métodos o sistemas de gestión. El cálculo estratégico mismo revela que la debilidad central a subsanar está en el programa direccional. Uno de los

méritos de la planificación estratégica está precisamente en haber ayudado a “abandonar la idea de que la planificación (por sí sola, J. A. L.) resuelve algún problema” (Mario Testa, 1989: 5). Matus diferencia programa y plan, definiendo el programa como la idea que representa el punto de partida del proyecto (Matus, 1982: 17). Este punto de partida es el que requiere ser trabajado.

Aquí el reto central es retomar la escuela médica nacional de Daniel Carrión y Hugo Pesce. Hacer medicina nacional, integrando el aporte internacional desde nuestra problemática. La clave para ello está actualmente en crear la relación docencia-investigación, dado que la segunda es casi inexistente o muy débil.

En otras palabras, la intelectualidad médica latinoamericana ha producido un discurso médico-social que todavía no ha hundido raíces nacionales. Ello conlleva cierto elitismo en el manejo de dicho discurso en el medio médico. En la historia humana la potencia explicativa de una teoría siempre ha recorrido las etapas de los precursores, la formulación clásica y su divulgación masiva. Una buena teoría siempre deviene, al final, en una ideología de masas. ¿Por qué no sucede así con la matriz médico-social? Evidentemente se necesita una reapropiación de tal discurso desde la realidad de salud de nuestro país. Fundar escuela, forjar una reforma médica, único fundamento sólido para una reforma curricular profunda. No hay aún contenidos alternativos a los de la medicina biológica occidental en todos los campos. (¿Hay una ginecología “social”, o por lo menos, nacional? ¿una pediatría? ¿una cardiología?) Los docentes no tienen otro material a la mano que el de las investigaciones foráneas. Los docentes con formación médico-social suelen practicar un auto apartheid concentrándose en los departamentos de medicina preventiva y salud pública. No hay así la legitimidad ganada propia de una matriz teórico-operativa ya acabada en cada campo importante de las ciencias básicas y clínicas (Quesada y Jaén, 1986).

La corriente médico-social debe reubicar por tanto su objetivo inmediato. El avance en la integración de las ciencias sociales solo podrá avanzar tramos importantes si aplica precisamente el pensamiento estratégico a este problema y sale del actual curso espontáneo de contraposición lógica de matrices teóricas. Será imposible derrotar al biologismo positivista confrontándolo teóricamente con la matriz médico-social, lo que requeriría de por sí seguramente una preparación médica muy superior a la actual en ciencias sociales. Esta preparación sigue siendo necesaria. Pero la estrategia central para arribar a la medicina social es la medicina nacional. Es tan críticamente social nuestra realidad sanitaria que cualquier intento de hacer biologismo nacional —investigación científicista propia— abrirá necesariamente el horizonte a una visión más social y a requerimientos formativos distintos.

La reforma de la formación en salud se decidirá dentro y fuera de la universidad

La escuela del currículo oculto tiende a pensar en soluciones educativas no necesariamente formales. En otras palabras, la reforma curricular se puede definir mejor en otro terreno distinto del nuevo plan de estudios. Ello sin dejar de plantear una reforma curricular.

Amanda Galli piensa, por ejemplo, que la solución es extra universitaria por la incoherencia permanente entre el perfil profesional estatuido y los valores implícitos en las prácticas preprofesionales hospitalarias: "El verdadero cambio curricular se producirá cuando se establezca una relación coherente entre el perfil del graduado y los servicios en los cuales se ubica a los estudiantes para sus prácticas" (Galli, 1988: 8). Este planteamiento parecería enfatizar la solución en la relación docente-asistencial.

Una solución extra universitaria al problema de la formación médica podría expresar, sin embargo, un enfoque determinista de la relación sociedad-universidad, en que no cabría ninguna reforma educativa sino en el contexto de un cambio societal general. La interacción entre educación y contexto evidentemente es más compleja. Es más, no habrá reforma asistencial sin un cambio en los estilos y contenidos hegemónicos en la formación de recursos humanos en salud.

Sin embargo, es cierto que la transformación cualitativa de la educación en salud en el caso peruano se juega dentro y fuera de la universidad. Por un lado, por las limitaciones para un viraje educativo en las universidades, en crisis como centros académicos y empantanadas muchas de ellas en sus particulares correlaciones de fuerzas internas. El último intento de reforma curricular en San Fernando se entrampó por consideraciones de estricto orden de poder, surgidas de la pugna entre el decanato de la facultad y la dirección de la escuela de medicina (Paredes, 1991). También existe el curioso desarrollo de la corriente médico-social fuera de la universidad. Si se busca una mayor eficacia política, que maximice la relación entre los recursos de poder de la corriente médico-social actual y su posibilidad de generar hechos sociales (Matus, 1982), el terreno de acumulación actual es doble.

En el Perú se ha dado el caso paradójico de un avance de la escuela médico-social a nivel deontológico, gremial, hospitalario y hasta a nivel ministerial, sin que a nivel universitario se dé el mismo nivel de avance. Todo esto a partir de la profunda redefinición del médico como trabajador de salud desde la década de 1960.

La democratización y agremiación profesional ha ido más rápido que la formación de una escuela médica nacional. En otras palabras, ha habido renovación gremial pero aún no una renovación intelectual. Los

mismos médicos son biólogos en su práctica profesional y de grandes horizontes sociales en el momento reivindicativo o gremial.

Es que el orden “normal” de las cosas se ha invertido. El espacio de preocupación médico-social ha sido centralmente extra universitario. Ello ha tenido que ver con la nueva situación laboral del médico, ahora asalariado, pero también con un fenómeno nacional propio de las dos décadas pasadas: “la crisis de la escuela y de las universidades, especialmente nacionales, que han dejado de ser los centros productores de líderes y de cuadros que el país necesita en la gestión pública y empresarial” (López, 1990: 197). Por eso, proyectar ahora una reforma de la educación en salud, requiere pensar importantes puntos de apoyo extra universitarios. Al final, no siempre es el órgano el que hace a la función, sino la función la que hace al órgano.

El nudo crítico de la falta de reorientación de la formación y práctica médica es la dispersión del actor del cambio

Lamentablemente el pensamiento médico-social avanza más por fuera de la universidad y en forma asistemática, como necesidad de la práctica médica en el contexto nacional actual. La no formación en ciencias sociales coadyuva a mantener una incoherencia y las mixturas consiguientes entre el punto de vista biólogo y el médico-social.

El nudo crítico a atacar es la dispersión del actor del cambio y su especialización deformada en el liderazgo sin sustento teórico. Como quizás en ninguna otra profesión en el Perú, la formación reciente de un movimiento social en salud en el país no ha resuelto el asunto clave de un actor médico colectivo. No hay así potenciación de esfuerzos sino mucha división y paralelismo, trátase de ONGs, consejos de facultad, direcciones de escuelas, direcciones hospitalarias o ministeriales, o directivas gremiales. Hay aquí el lastre de una tradición colonial: el médico como personalidad. Esta desarticulación entre teoría y práctica, liderazgos y programa, movimiento y reforma, debe empezar a atacarse.

Dentro de la estrategia de darle un rodeo a la propia universidad, trabajando la reforma educativa dentro y fuera, la casamata previa a ganar es la propia vanguardia médico-social, que necesita un escenario plural de expresión de sus avances científicos, educativos y sanitarios. Acaso el proyecto de una revista médico-social de envergadura, que más que una publicación devenga en expresión de un movimiento ya en ascenso en la última década, y que en forma plural recoja el haz de núcleos en que ha ido cristalizando la transformación del pensamiento médico en el país, sea un proyecto estratégico en las actuales circunstancias.

REFERENCIAS

- ALAFEM (Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina). XIV Conferencia: Las universidades en América Latina y la estrategia mundial para alcanzar salud para todos en el año 2000. Quito, Ecuador, 5-8 de octubre de 1987.
- Alarcón, J. La medicina social en el Perú. *Cuadernos médico-sociales* No. 2, Lima, 1978.
- Arroyo Laguna, J. El papel de los servicios básicos y del médico en la reproducción de la fuerza de trabajo. En: *La comunidad y su ambiente. Introducción a la medicina social*. Lima, Universidad de San Marcos, 1984.
- Arroyo Laguna, J. El problema del agua en los pueblos jóvenes: alternativas para su abaratamiento. Municipalidad de Lima Metropolitana, 1986.
- Basadre, J. *Historia de la república del Perú*. Lima, Editorial Universitaria, 1970.
- Brito Quintana, P. E. La incorporación de las ciencias sociales en la enseñanza de las ciencias de la salud: una historia conflictiva. En: Montoya, Agustín y otros: *Aplicaciones de las ciencias sociales en programas de salud*. Publicación de la Universidad de Cayetano, Universidad del Valle y la Universidad de Alabama, enero de 1987, pp. 25-36.
- Castells, M. Las nuevas fronteras de la metodología sociológica. París. Ecole Pratique de Hautes Etudes, 1973.
- Calli, A. Transformación curricular. Publicación No. 8, Representación de la OPS en Argentina, 1988, 16 pp.
- García, J. C. *La educación médica en América Latina*. Publicación Científica de la OPS 255, 1972, 413 pp.
- García-Guadilla, C. Desarrollos teóricos recientes en el campo socio-educativo. En: *La educación como construcción social del conocimiento*. CRESALC-UNESCO, enero de 1986, pp. 9-39.
- Gayoso Velásquez, E. Las ciencias sociales en trabajo de comunidad: Las experiencias en las Facultades de Medicina y Odontología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. En: Montoya, Agustín y otros: *Aplicaciones de las ciencias sociales en programas de salud*. Publicación de la Universidad de Cayetano Heredia, del Valle y Universidad de Alabama, enero de 1987, pp. 175-184.
- González Casanova, P. Los clásicos latinoamericanos y la sociología del desarrollo. Introducción a sociología del desarrollo latinoamericano. UNAM, 1970.
- Lastres, J. B. *La historia de la medicina peruana*, 3 tomos. UNMSM, 1951.
- Laurell, A. C. La salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico-Sociales*, Rosario, Argentina, No. 19, pp. 7-20.
- Lip, C., Lazo, O. y Brito, P. *El trabajo médico en el Perú*. POS-Universidad Cayetano Heredia, 1990.
- López, S. El Perú de los 80: sociedad y estado en el fin de una época. En: *Estado y sociedad: Relaciones peligrosas*. Desco, 1990.
- Matus, C. *Política, planificación y gobierno*. Washington D.C., OPS, 1987, 772 págs.
- Matus, C. *Política y plan*. Publicaciones de IVEPLAN. Caracas, 1982, 186 págs.
- Mercer, H. Las contribuciones de la sociología a la investigación en salud. En: *Ciencias sociales y salud en la América Latina*. Editado por POS-OMS-CIESU, pp. 231-242.
- Montoya de la Cadena, A. Las ciencias sociales en la educación médica: El caso de la Universidad Cayetano Heredia. En: *Aplicaciones de las ciencias sociales en programas de salud*. Publicación del Taller/Seminario realizado en Lima, enero de 1987, pp. 161-174.
- Oficina General de Planificación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Plan de Corto Plazo 1990. Propuesta a la Asamblea Universitaria, UNMSM, 1990. Mimeografiado, 22 págs.
- Paredes Manrique, M. Informe Memoria del Director de la Escuela de Medicina de la Facultad de San Fernando de la Universidad de San Marcos. UNMSM, febrero de 1991, mimeografiado.
- Parsons, T. El sistema social. *Revista de Occidente*. Madrid, 1966. Edición original:

1951. Capítulo 10: Estructura social y proceso dinámico: El caso de la práctica médica moderna.
- Pesce, H. El gremio médico y la facultad de medicina en dos momentos seculares. *Anales de la Facultad de Medicina*, Tomo 39, Lima, 1956.
- Quesada Aliff, T. y Jaén-Izquierdo, M. H. Búsqueda de una legitimación necesaria. Estudio de caso: cátedra de medicina preventiva y social, Escuela de Medicina Luis Razetti. En: *Articulación del conocimiento básico en la formación del personal de salud*. Publicación de la OPS, 1990, pp. 1-20.
- Rostow, W. W. El proceso del desarrollo. Argentina, Editorial Veja y Lea, 1964.
- Tedesco, J. C. Los paradigmas de la investigación educativa en América Latina. CRESALC-UNESCO, 1986.
- Testa, M. *Pensar en salud*. OPS-OMS, 1989.
- Ugarte, L. Informe resumido de la encuesta sobre modalidades del ejercicio de la medicina en el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 1964.
- Valdizán, H. *Diccionario de la medicina peruana*. UNMSM, Lima, 1958.
- Zilsel, E. Problems of Empiricism. En: *The Development of Rationalism and Empiricism*. Chicago, University of Chicago Press, 1941, pp. 53-94.

HENRY ERNEST SIGERIST — PIONEIRO DA HISTÓRIA SOCIAL DA MEDICINA E DA SOCIOLOGIA MÉDICA

*Everardo Duarte Nunes*¹

“Medical history teaches us where we came from, where we stand in medicine at the present time and in what direction we are marching”.

Sigerist (1951:32)

“It is one weakness of our present system of medical education that health plays a very small part in it. The student’s interest is directed primarily toward disease”.

Sigerist (1941:55)

“What can be done to train the physician of tomorrow, to integrate social medicine into the curriculum of our schools? I think the goal must be to have social medicine become an integral part of every medical course”.

Sigerist, 1952 (1960:362)

Neste ano, a medicina mundial comemora um evento de especial relevância. Trata-se do centenário de nascimento daquele que é considerado o mais ilustre historiador da medicina deste século, pioneiro da moderna medicina social e destacado estudioso dos fatores sociais na saúde, autor de uma obra que se estende por 27 livros, em 64 edições, e 455 artigos

¹ Professor de Ciências Sociais Aplicadas à Medicina na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (UNICAMP) e Doutor em Ciências pela Faculdade de Ciências Médicas (FCM-UNICAMP).

— resultado de trabalho em que a pesquisa sistemática e a erudição nos mais diversos campos do saber estiveram aliadas a um profundo conhecimento filológico que incluiu o domínio de catorze idiomas.

Há cem anos, precisamente em 7 de abril de 1891, nascia no número 42 da Rue d'Hauteville, em Paris, Henry Ernest Sigerist. Filho de pais suíços (Ernest Heinrich Sigerist e Emma Sigerist), com a idade de 10 anos mudou-se para Zurich onde se formou em 1910 e, nos dois anos seguintes, fez cursos de línguas orientais em Zurich e em Londres. No período de 1911 a 1917 volta-se para a medicina cursando as universidades de Zurich e Munich, obtendo o título de Doutor em Medicina pela Universidade de Zurich com a dissertação "Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung chronischer Kampherzufuhr auf das normale und pathologische Herz."

Logo após titulado em medicina, inicia uma carreira universitária que o levaria de Privatdozent (Professor Assistente) de História da Medicina em Zurich, em 1921, a Professor de História da Medicina e Diretor do Instituto de História da Medicina da Universidade de Leipzig, de 1925 a 1932. Em 1932 transfere-se para a Universidade de Johns Hopkins onde, no ano anterior, havia estado como professor-visitante, lá permanecendo até voltar para a Suíça em 1947, onde viveu seus últimos dez anos na cidade de Pura, próxima a Lugano. Faleceu no dia 17 de março de 1957.

Ao retirar-se para a Suíça, Sigerist havia conseguido consagração e respeito internacional com uma obra de forte impacto tanto para a história social da medicina como para a organização dos serviços de saúde. Esta influência não se limitou aos Estados Unidos, mas estendeu-se à Europa e à América Latina, chegando a diferentes países tais como Índia, Japão, China e União Soviética.

Companheiros de trabalho e alunos escreveram sobre o colega e professor tornando mais fácil o acompanhamento de suas atividades e de sua obra. Como escreveu Brieger (1980:127), "Henry Sigerist foi um excelente professor. Muitos estudantes que freqüentaram a Escola de Medicina de Johns Hopkins entre 1932 e 1947 têm profundas recordações de seus cursos. (. . .) Exerceu extensa influência sobre seus colegas e assistentes". Entre seus contemporâneos e futuros expoentes na história da medicina, na medicina social e na antropologia médica encontram-se: Owsei Temkin, Ludwig Edelstein, Erwin Ackerknecht, Genevieve Miller, George Rosen, Milton Roemer, Leslie Falk, Milton Terris, Gustavo Molina.

Ackerknecht (1966:1) assim se expressou em seu estudo bibliográfico: "Henry E. Sigerist foi o historiador da medicina líder de sua geração. Em seu campo de especialização mostrou uma originalidade que tornará o seu nome sempre lembrado. (. . .) um homem de quem me lembro com profunda gratidão e com quem partilhei uma amizade durante trinta anos, apesar de muitas discordâncias políticas, por termos um entusiasmo comum pela história da medicina." Alguns anos mais tarde, durante uma

entrevista, ao responder uma pergunta sobre a influência exercida por Sigerist sobre seu pensamento, Ackerknecht (1971:12) diria: “Esta é uma pergunta delicada. Mas, se devo dizer a verdade, sim, porém direi que Sigerist foi meu professor quando eu era estudante e, mais tarde, meu amigo; passamos juntos muitos bons momentos e deu-me a oportunidade de exercer um trabalho pessimamente remunerado. Porém, nunca me influenciou cientificamente. Se devo mencionar alguém que me influenciou profundamente, com quem discuti sobre todos os assuntos, esse foi Owsei Temkin. Henry E. Sigerist estava sempre demasiado ocupado. Causou sensação nas massas, que é o que desejava. Mas teve muito pouco tempo para as pessoas.” Esta não é exatamente a visão que Genevieve Miller transmite. Em 1954, duas semanas antes do primeiro acidente cerebral que o levaria à morte três anos depois, o historiador a chamou e disse-lhe que o melhor que podia ser feito e que mostraria que a sua vida tinha sido útil, não seria um extenso obituário, mas a publicação de sua bibliografia completa. Esse desejo ela realizou num esplêndido trabalho, em cujo prefácio escreve: “Como discípula, ex-secretária de pesquisa e assistente de Henry Sigerist na Johns Hopkins, minha obrigação para este homem que possuía verdadeira grandeza de espírito nunca cessará.” (Miller: 1966:v).

Sem dúvida, um dos trabalhos mais elucidativos foi feito por outro de seus ex-alunos, Milton Terris. Ao salientar a importância do mestre escreveu: “Ele revolucionou a história da medicina, que antes dele era orientada filologicamente ou para o estudo das velharias. Sigerist deu um giro completo na história da medicina para que esta enfrentasse as realidades do ser social e assumisse seu devido lugar como parte integral da sociedade humana.” (Terris: 1975:489). E no epílogo do seu trabalho, que será reportado em outros momentos, presta um testemunho de profunda admiração ao escrever dezoito anos após a morte de Sigerist: “Tivemos muito tempo para pensar sobre o homem e seu trabalho e colocá-lo em perspectiva. Rememorando, diversas coisas tornam-se claras. Uma é que Sigerist estava entre os poucos afortunados que foram abençoados pela genialidade. Muitos de nós somos competentes, somos inteligentes, fazemos nosso trabalho bem. As aptidões de Sigerist estavam em um nível muito mais alto, e sua erudição extraordinária, assim como a profundidade e amplitude de seu pensamento, eram os sintomas da diferença.” (Terris, 1975:526–527).

É evidente que este trabalho não tem a pretensão de fazer uma revisão da totalidade da obra de Sigerist, não somente por sua extensão, mas por abarcar uma temática suficientemente diversificada que exige análises particulares. Felizmente, como foi dito anteriormente, alguns trabalhos facilitam o direcionamento desta revisão, junto com o fato de que pelo menos três livros procuraram situar os dois principais campos de atuação do autor — a história e a sociologia da medicina — compilando o que ele escreveu de mais expressivo. São livros que tiveram ampla divulgação:

Henry E. Sigerist on the History of Medicine, editado em 1960 por Félix Marti-Ibañes; *Henry E. Sigerist on the Sociology of Medicine*, editado também em 1960 por Milton I. Roemer, e a seleção de traduções para o espanhol feita por Gustavo Molina, publicada em 1974, na Colômbia, sob o título de *Henry E. Sigerist sobre Historia y Sociología de la Medicina*, com base nos dois livros acima citados.

Foi Gregg (a quem Sigerist dedicou o seu *The University at the Crossroads. Addresses and Essays*, de 1946, com as palavras “com admiração e gratidão”) que, logo após a morte de Sigerist, escreveu uma síntese de sua obra que dá uma indicação precisa do teor do seu pensamento. Diz Gregg (1948:32): “Além e acima de qualquer coisa, Henry E. Sigerist tornou-se consciente do fato que a medicina é o estudo e a aplicação da Biologia em uma matriz que é simultaneamente histórica, social, política, econômica e cultural. A prática da medicina é uma parte da sociologia e um produto de fatores sociológicos. Ainda não estamos conscientes disto, nem das inúmeras perspectivas e desdobramentos que essa visão integral pode proporcionar.”

Na realidade, essa perspectiva integral do autor a foi buscar através da compreensão da medicina, do papel do médico e do paciente, da saúde e da organização dos serviços de saúde, num movimento temporal e espacial que lhe possibilitava, conhecendo o passado, chegar ao presente, não simplesmente através de um registro histórico-cronológico, mas revelando a historicidade desses processos e, conseqüentemente, a sua transformação. Por isso mesmo, ele irá reconstituir a história da medicina e da saúde numa dimensão social, buscando a sua determinação econômica, mas não marginalizando a história da medicina em termos da sua transformação científica e técnica. Contudo, convém lembrar que esta perspectiva se assinala na última fase de seu trabalho, a sociológica, que se inicia por volta de 1931. Adotando-se a classificação de Owsei Temkin, a obra de Sigerist divide-se em trabalhos analíticos e sintéticos e, de acordo com Ackerknecht (1966), em filológicos, filosóficos e sociológicos. São chamados analíticos aqueles dedicados, por exemplo, aos estudos dos manuscritos medievais e, entre os sintéticos, um dos mais conhecidos, e que data de 1929, é *The Special Position of the Sick*, incluído entre os estudos filosóficos.

Como tem sido salientado pelos estudiosos, um dos fatores que mais influenciou o trabalho de Sigerist foi a sua migração para os Estados Unidos da América, em 1932, que marcaria profundamente a sua fase de caráter sociológico no momento em que aquele país vivia o impacto provocado pela grande depressão. Deve-se associar a essa perspectiva um outro fator relacionado com o contato que Sigerist manteve com a sociologia alemã, especialmente a procedente de Hans Freyer e Joachim Wach. Sem digredir sobre a sociologia alemã dos anos 30, deve-se destacar que Freyer preocupava-se em especial com o problema da natureza do objeto da sociologia e da sociologia como ciência. Dentro do mais puro historicismo, considerava o social essencialmente marcado pelo histórico — a sociologia

“tem que ser inevitavelmente um sistema de séries necessárias”, com suas categorias e seus conceitos localizados historicamente e articulados entre si “no sentido da série temporal”. Mas, além de ser uma realidade humana, a realidade social é uma situação existencial do homem. Barnes e Becker (1945:126), analisando a sociologia histórica desenvolvida por Freyer, apontam que o sociólogo escreveu sob a influência de Hegel, mas empregou as categorias comunidade familiar, sociedade civil e estado, seguindo o exemplo de Marx — como uma sucessão dialética de épocas históricas.

Ao associar a medicina à história e à filosofia, não há dúvida que a sociologia alemã, com a forte corrente historicista que foi a sua marca, seria, em grande parte, orientadora do pensamento de Sigerist: o mundo histórico deve ser interpretado como uma “realidade vital”.

Quanto a Joachim Wach, sua influência estaria no fato deste sociólogo ter-se dedicado ao estudo da religião, temática que não foi estranha a Sigerist.

Posteriormente, Sigerist foi fortemente influenciado pela obra de Marx, sendo que Ackerknecht (1966:4) comenta que, apesar da grande admiração que tinha pela União Soviética, “nunca se tornou um marxista materialista”. Enfatiza, dessa forma, o seu lado idealista, mas acentua que “é inegável que por volta de 1935 as condições econômicas e de classe, que não tinham sido mencionadas antes, tornaram-se muito importantes para ele”.

Terris (1975), deteve-se com grande detalhamento em analisar as contribuições de Sigerist dos anos 30 em diante, período em que a sua produção voltou-se particularmente para o campo da organização dos serviços de saúde e que constituem o núcleo central da medicina social por ele desenvolvida. Alguns pontos do trabalho de Terris, consulta obrigatória para os estudiosos de Sigerist, não somente pela profunda análise que realiza, mas pela forma que adota serão aqui retomados. Somente para o leitor ter uma idéia, Terris divide a análise em três momentos, retirados de um trecho da obra que Sigerist pretendia viesse a ser seu *opus magnum*, *The History of Medicine*, em oito volumes, mas que, infelizmente, ficou no primeiro volume e parte do segundo, e citada como uma das epígrafes deste trabalho. Os três momentos referem-se àquilo que a história médica nos ensina, ou seja: “de onde viemos”, “onde estamos” e “em que direção marchamos”.

Convém recordar, primeiramente, que dos anos 30 aos 50, Sigerist escreveu artigos e livros que se tornaram clássicos. Entre os artigos: *The Place of the Physician in Modern Society*, de 1946 (1960:64–74); e entre os livros: *Medicine and Human Welfare*, de 1941, *Socialized Medicine in Soviet Union*, de 1937, *The University at Crossroads*, de 1946, e *American Medicine*, de 1934.

Indubitavelmente, Sigerist não somente avança no desenvolvimento das suas preocupações históricas como acrescenta um extraordinário

conjunto de novas informações, completando um amplo panorama sobre problemas que naquele momento afetavam a atenção médica em diferentes países. E, para isto, tornou-se um pesquisador de campo, percorrendo os países e verificando, no local, como era sua organização sanitária e educacional. Viajou pelos Estados Unidos em 1931 e 1940; pela União Soviética em 1935, 1936 e 1937; África do Sul em 1939; Índia e Canadá em 1944. Outras viagens que pretendia realizar à China e à América Latina não chegaram a se realizar.²

Dada a amplitude de suas idéias, apesar do risco de se incorrer seguramente em omissões, somente algumas serão destacadas — aquelas que na opinião do autor não perderam sua validade após transcorridas algumas décadas.

- A ênfase que Sigerist colocou na visão integral da medicina através do exercício de suas quatro funções: promoção da saúde, prevenção da doença, restauração da saúde do paciente e reabilitação — esta no sentido de reintegrar o paciente à sociedade como membro útil. Estas funções, como muito bem registra Ter-ris (1975:493), foram mais tarde adaptadas por Hugh Leavell e Gurney Clark, sendo amplamente conhecidas e divulgadas como os “níveis de prevenção”.
- A proposta de um novo tipo de escola médica que formasse um “médico social que, côm-scio dos desenvolvimentos e das funções sociais da medicina, considere-se a serviço da sociedade”. Sigerist, 1953 (1960:362). Ela enfatiza a necessidade dos alunos se interessarem pela saúde e não somente pela doença, e que cada caso clínico deve ser analisado médica e socialmente. Daí o fato de dar um amplo espaço no currículo médico às ciências sociais e às humanidades.
- Sigerist advogou o seguro saúde, apesar de não vê-lo como um sistema ideal; acreditou em uma medicina de grupo, praticada por centros de saúde, tendo o médico generalista como a figura central da profissão médica, mas tendo um grupo de especialistas para ajudá-lo assim como um hospital de apoio; defendeu de forma intransigente a ampla provisão de serviços públicos de saúde.
- A definição de saúde e o seu significado para o bem-estar do homem, vista não somente como uma condição física e mental, mas considerada em seu sentido social. Como ele escreve: “Saúde

² O conhecimento de Sigerist sobre os sistemas de saúde dos mais diferentes países era bastante amplo. A análise do sistema chileno, por exemplo, foi incluída em um artigo publicado em 1939 (Sigerist, 1960:263–266).

é, por conseguinte, não simplesmente a ausência de doença, ela tem alguma coisa positiva, uma prazerosa atitude frente à vida e uma aceitação jovial das responsabilidades que a vida coloca para o indivíduo” (Sigerist, 1941:100). Esta proposição é de 1941. Cerca de cinco anos depois, a Constituição da Organização Mundial da Saúde parafraseou-a com a declaração de que a “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença e de enfermidade”.

Como dito anteriormente, esses pontos se destacam no conjunto da obra, mas a enorme erudição do historiador, aliada ao seu constante interesse em entender a realidade social, resultaram em trabalhos sobre os mais diversos temas. Alguns foram escritos como pontos iniciais de projetos mais amplos que, no entanto, não vieram a se concretizar. Citem-se, como exemplo, os seguintes: o artigo *An Introduction to the Economics of Medicine* (Sigerist, 1949), que seria a introdução de um livro sobre os problemas econômicos da medicina; também *From Bismarck to Beveridge: Development and Trends in Social Security Legislation* (Sigerist, 1943), o primeiro texto de uma série sobre a seguridade social e que ficou sem ter seqüência.

Alguns outros temas que podem ser lidos na coletânea organizada por Roemer (1960), tratam do desenvolvimento da profissão de dentista; da abordagem histórico-geográfica dos problemas das doenças; aspectos históricos do desenvolvimento dos hospitais; das relações entre guerra e medicina; do nacionalismo e internacionalismo em medicina; da história dos balneários de águas mineirais e outros.

Durante a sua vida, além de escritor, professor e conferencista, Sigerist desempenhou atividades como assessor de organizações internacionais. Destaque-se, neste sentido, a sua participação como assessor da Organização Mundial da Saúde, na Comissão de Especialistas em Educação Profissional e Técnica do Pessoal Médico e Auxiliar, que se reuniu em Nancy, França, de 3 a 9 de dezembro de 1952. Para essa reunião, Sigerist contribuiu com um ensaio resumindo muito do seu pensamento e que se tornaria importante ideário da medicina preventiva e social da América Latina na segunda metade da década de 50 e nos anos 60, quando esta prática foi instituída nas escolas médicas. Cabe lembrar que esse seminário antecedeu-se de poucos anos às amplas discussões de Viña del Mar e de Tehuacán, consideradas paradigmáticas nas reformas da educação médica neste continente.

Nesse trabalho, denominado *Remarks on Social Medicine in Medical Education*, Sigerist, 1952 (1960:360–368), retoma assuntos que havia desenvolvido em outros momentos: os ideais da educação e da educação médica, com vistas ao tipo de médico a ser formado, e os objetivos da medicina. Neste primeiro segmento, a sua conclusão é que: “Necessitamos um médico cientista bem treinado em laboratório e clínica. Mas, mais do

que isso, necessitamos um médico social consciente dos desenvolvimentos, consciente das funções sociais da medicina, que se considere a serviço da sociedade.” Enfatiza a necessidade de treinar um médico para as classes pobres e indigentes, numa prática que “rompa as barreiras entre a medicina preventiva e a curativa”. Dentro de uma visão idealista e humanitária assinala que o médico deveria reunir diferentes papéis: o dele, propriamente dito, o do cientista e o do trabalhador social “servindo às pessoas desinteressadamente, como um amigo e líder” ou, mais ainda, como “médico social protegendo as pessoas e guiando-as para uma vida cada vez mais saudável e feliz”.

Traça todo um programa que leve a uma formação que transcenda os aspectos anátomo-fisiológicos; indica que ao anátomo-patologista deve ser mostrada a importância dos fatores ambientais na causação das doenças. Sua mensagem ao professor de clínica médica é que “devemos fazer um esforço para treiná-lo, mas precisamos de uma espécie de livro didático diferente, pois este deve dar completa atenção às condições sociais e econômicas na gênese e no curso da doença”.

Interessante que Sigerist advoga cursos específicos de medicina social enquanto na formação de professores de medicina não estivesse integrada a dimensão social. Alcançada essa integração, haveria cursos apenas para assuntos de maior especificidade como, por exemplo, higiene industrial.

De outro lado, Sigerist apresenta uma proposta que foi amplamente adotada pelos departamentos de medicina preventiva e social, da década de 60 até meados dos anos 70. Como a maioria dos estudantes de medicina procediam dos estratos mais elevados da sociedade, havia necessidade de colocá-los em contato com a realidade da pobreza. Esta idéia, que gerou muitos dos programas extra-muros para o ensino do lado social em saúde, viria a receber severas críticas. García (1972:127) comenta que este papel atribuído às ciências sociais, e que nos programas nem sempre era explicitado, “partia do princípio de que o contato do sujeito com a realidade, sobretudo em se tratando de casos sociais extremos, induziria uma mudança desejável nas atitudes e no comportamento (. . .)”, o que era falso. Isto porque atitudes e comportamentos são multideterminados e dificilmente seriam alterados por esse simples contato com a realidade.

Independentemente desse aspecto, Sigerist propugnou a ampla inclusão, nos cursos médicos, de estudos humanísticos e sociais que tivessem a mesma importância que as outras disciplinas baseadas nas ciências naturais. A psiquiatria e a higiene mental também deveriam ter os seus lugares garantidos nos currículos de ensino, assim como a medicina forense.

Do ponto de vista da organização didática, Sigerist achava ser preferível ministrar um curso introdutório que tratasse, de maneira geral, da doença, suas causas, os níveis de prevenção, a organização dos serviços e a posição do médico vista historicamente. Para os estudantes em nível

mais avançado, partia da análise da estrutura da sociedade e suas relações com a tecnologia médica; a incidência da doença, incluindo a sua distribuição social; o fornecimento de serviços de saúde; os custos da doença; métodos para enfrentar os custos da doença, discutindo a questão da seguridade social, e terminava com uma análise das tendências atuais da organização médica. Além deste curso, havia uma série de seminários sobre sociologia e economia da saúde, em especial a dos Estados Unidos da América, mas sempre incluindo outros países.

Sigerist não chegou a concretizar o seu plano de escrever os quatro volumes de sua *Sociologia Médica*, como é citado por Roemer (1960:xii), mas o plano geral desse trabalho, encontrado entre os seus papéis, divide o assunto em quatro grandes tópicos que têm muito a ver com os cursos por ele ministrados: A Medicina como Ciência Social, Seguro Saúde, Medicina Estatal e Problemas de Vários Países.

Foi esta uma tentativa de rever alguns pontos de um extenso trabalho cujo valor não é somente histórico, mas que, em muitos aspectos, é bastante atual, inclusive pela influência que exerceu sobre outros autores, como pode ser exemplificado com o caso de Parsons (1951) que, em seu estudo sobre os papéis do médico e do paciente, desenvolveu as idéias de Sigerist, retirando-as porém do contexto histórico que havia sido o ponto fundamental deste estudioso, no final dos anos 20.

Por outro lado, há críticas a algumas posições assumidas por Sigerist. Assim, Frankenberg (1974) ao analisar a conferência *The Place of the Physician in Modern Society* diz que Sigerist vê a relação medicina — sociedade em termos funcionalistas e conservadores. Seu comentário assenta-se, em especial, na definição e nas funções que Sigerist atribui à medicina. Isto porque, segundo o historiador, cabe à medicina “conservar os indivíduos ajustados a seu ambiente como membros úteis da sociedade ou reajustá-los quando marginalizados em consequência de doença”. Para Frankenberg, esta afirmação é paradoxal, principalmente para quem havia apresentado, na introdução ao seu estudo sobre a medicina socializada na União Soviética, uma síntese da teoria de Marx sobre o capitalismo. Assim, para ele, Sigerist “é um reformista radical e não um revolucionário”. E prossegue: “Reformismo radical, mesmo colocado firmemente dentro de um contexto histórico, especialmente quando vinculado a uma visão elitista da função da profissão, é sinônimo de conservadorismo inteligente.” (Frankenberg, 1974:415).

Sem pretender uma defesa inflexível de Sigerist, especialmente por concordar que o trabalho citado é carregado de uma perspectiva funcionalista (acima ficou dito que Parsons buscou apoio em Sigerist quando escreveu o seu trabalho que se tornaria referência obrigatória das posteriores análises funcionalistas em sociologia médica), é mister dizer que ele representa a posição de um autor que escrevia em 1929, no início de sua produção. É mais tarde que ele irá valorizar cada vez mais a questão eco-

nômica e social: “A história da medicina é, no seu sentido mais amplo, história econômica.” (Sigerist, 1948). Na introdução do primeiro volume de *A History of Medicine* (1951) irá valorizar, de forma acentuada, a história social do paciente:

“Ao considerar o passado da medicina, estamos interessados não somente na história da saúde e da doença, das ações e dos pensamentos dos médicos, mas também na história social do paciente, do médico e de suas relações. Qual era a posição do homem doente nas diversas sociedades? Qual o significado da doença para o indivíduo? Como afetava sua vida? . . . Onde eram os pacientes tratados? Nas ruas, nas casas, nos templos ou nos hospitais? Qual era a disponibilidade de serviços médicos nas cidades, no campo? Qual era o custo do cuidado médico? Era de tal ordem que somente os ricos podiam recorrer a um médico? Neste caso, qual era o cuidado médico disponível aos pobres?”

Se Sigerist não foi o construtor de uma sociologia médica no sentido de elaboração teórica, passou para a história do pensamento como uma das mais ilustres figuras na elaboração de uma visão social da medicina que, se foi importante para seus contemporâneos, ainda hoje constitui uma lição em muitos aspectos, principalmente pela sua crença em uma humanidade que pautasse a sua conduta por valores menos competitivos e mais igualitários. Por outro lado, defendia a saúde como um direito a ser conquistado, assim como estendido a todos.

“A saúde das pessoas é algo que concerne às próprias pessoas. Elas devem desejar a saúde. Devem lutar por ela e planejá-la (. . .) Nenhum plano, mesmo bem arquitetado e bem intencionado, será bem sucedido se for imposto às pessoas. A guerra contra a doença e pela saúde não pode ser travada pelos médicos. É uma guerra do povo, para a qual a população toda deve ser mobilizada permanentemente.” (Sigerist, 1941:96).

“A Revolução Francesa deu-nos a educação pública. Com isso reconhecia-se que a educação não devia ser privilégio de uma classe, mas que devia ser acessível a todos, e que seus benefícios não eram somente para o indivíduo, e sim para a sociedade como um todo. O dia em que estivermos convencidos de que a saúde não é um privilégio, mas um benefício, e que todo cidadão tem direito a ela; o dia em que estivermos convencidos de que a saúde pública é tão importante quanto a educação pública, aí, então, seremos capazes de ver as suas consequências.” (Sigerist, 1935).

É inegável a atualidade do seu pensamento quando muitos países tentam implantar reformas sanitárias.

COMENTÁRIOS FINAIS

Quando este trabalho foi iniciado, no dia 16 de janeiro de 1991, o mundo assistia ao começo de um novo conflito armado — a Guerra do Golfo Pérsico — de conseqüências imprevisíveis. Este evento trouxe à lembrança a atualidade de um texto de Sigerist, escrito durante a Segunda Guerra Mundial:

“Parece-me fútil escrever sobre civilização no exato momento quando ela parece estar em colapso, quando uma guerra está se alastrando como uma epidemia a abarcar o mundo, e quando todos os recursos da inteligência, da habilidade humana e da riqueza natural parecem ser mobilizados para a destruição. Devemos, contudo lembrar que a civilização é um fenômeno muito recente na história da humanidade, e que reversões para a selvageria primitiva estão fadadas a acontecer. Muito tem sido alcançado no curto período de cinco mil anos. Valores culturais têm sido criados que nenhuma bomba pode destruir. Há mais liberdade, mais justiça, mais saúde no mundo atual do que no passado — contudo ainda não suficientes, e isto porque há uma guerra.”

Ao estabelecer uma comparação entre a medicina e o mundo como um todo, prosseguiu:

“O que aconteceu no limitado campo da medicina parece ter acontecido no universo em larga escala — a tecnologia ultrapassou a sociologia.”

E, ao situar o que acontecia no mundo dos anos 40, anteviu o que se aplica hoje à chamada “guerra tecnológica”:

“Criamos máquinas engenhosas, mas não a organização social e econômica que uma sociedade industrial necessita. Construímos meios de transporte que cruzam os continentes, mas não o aparato que garanta a cooperação pacífica entre as nações. Enquanto reduzimos o tamanho do mundo, também confinamos nosso pensamento em termos de um estrito e egoísta nacionalismo. A máquina do tempo clama por ajustamentos sociais e econômicos, não somente no campo médico, mas em toda a parte.” (Sigerist, 1943:243–244).

RESUMO

Comemora-se neste ano de 1991 o centenário de nascimento de Henry Ernest Sigerist, nascido em Paris, França, em 7 de abril de 1891. Aproveita-se esta oportunidade para rever algumas das idéias principais daquele que é considerado o mais importante historiador da medicina e um dos pioneiros da sociologia médica deste século. Muitas foram as contribuições de Sigerist que se estendem em análises históricas, mas com um forte componente das determinações sociais e econômicas — como no caso dos estudos sobre os papéis do médico e do paciente —, assim como da organização sanitária de diversos países, até às relativas ao ensino da história da medicina, como também da medicina social e da sociologia médica. Com isso procura-se traçar um panorama geral das contribuições de Sigerist, fundamentando-o, muitas vezes, nas importantes análises feitas pelos seus ex-alunos que se tornaram destacadas figuras da história e da medicina social, como é o caso de Milton Terris, Milton Roemer e Erwin Ackerknecht. Na parte final do artigo procura-se destacar um dos importantes trabalhos apresentados por Sigerist em 1952, em uma reunião da Organização Mundial da Saúde; algumas de suas considerações críticas assim como a sua reflexão sobre a questão da guerra e o processo civilizatório.

BIBLIOGRAFIA

- Ackerknecht, E. H. Introdução. In: Miller, G. *A Bibliography of the Writings of Henry E. Sigerist*. Montreal, McGill University Press, 1966, pp. 1-7.
- Ackerknecht, E. H. *Medicina y Antropología Social — Estudios Varios*. Seleccionados por H. H. Walsler e H. M. Koelbing. Tradução para o espanhol ampliada de Luis García Ballester e Pilar Guijarro Arcas. Madrid, Akal, 1985.
- Barnes, H. E. e Becker, H. *Historia del Pensamiento Social*. Tradução de Tomás Muñoz Molina. México, Fondo de Cultura Económica, 1945.
- Brieger, G. H. History of Medicine. In: *A Guide to the Culture of Science, Technology and Medicine*. Durbin, P. T. (ed). Nova Iorque, The Free Press, 1980, pp. 121-194.
- Frankenberg, R. Funcionalism and after? Theory and developments in social science applied to health field. *Int J Health Serv*, 4(3):411-427, 1974.
- García, J. C. *La Educación en la América Latina*. Organização Pan-Americana da Saúde, Washington, D.C., 1972.
- Gregg, A. Henry E. Sigerist: His Impact on American Medicine. *Bull Hist Med*, 22:32-34, 1948.
- Marti-Ibañez, F. *Henry E. Sigerist on the History of Medicine*. Nova Iorque, MD. Publications, 1960.
- Molina, G. *Selecciones de Henry E. Sigerist sobre Historia y Sociología de la Medicina*. Bogotá, Ed. Guadalupe, 1974.
- Miller, G. *A Bibliography of the Writings of Henry E. Sigerist*. Montreal, McGill University Press, 1966.
- Roemer, M. I. *Henry E. Sigerist on the Sociology of Medicine*. Nova Iorque, MD. Publications, 1960.
- Sigerist, H. E. (1929). The special position of the sick. In: Roemer, M. I. *Henry E. Sigerist on the Sociology of Medicine*, Nova Iorque, MD. Publications, 1960, pp. 9-22.
- Sigerist, H. E. *American Medicine*. Nova Iorque, W. W. Norton, 1934.
- Sigerist, H. E. (1939). Socialized Medicine abroad. In: Roemer, M. I. *Henry E. Sigerist on the Sociology of Medicine*. Nova Iorque, MD. Publications, 1960, pp. 261-266.
- Sigerist, H. E. *Socialized Medicine in Soviet Union*. Nova Iorque, W. W. Norton, 1937.
- Sigerist, H. E. *Medicine and Human Welfare*. New Haven, Yale University Press, 1941.
- Sigerist, H. E. *The University at the Crossroads. Addresses and Essays*. Nova Iorque, Henry Schuman, 1946.
- Sigerist, H. E. (1946a). The place of the physician in modern society. In: Roemer, M. I. *Henry E. Sigerist on the Sociology of Medicine*. Nova Iorque, MD. Publications, 1960, pp. 65-74.
- Sigerist, H. E. (1952). Remarks on Social Medicine in Medical Education. In: Roemer, M. I. *Henry E. Sigerist on the Sociology of Medicine*. Nova Iorque, MD. Publications, 1960, pp. 360-368.
- Sigerist, H. E. (1935). Current unrest in the medical world. In: Roemer, M. I. *Henry E. Sigerist on the Sociology of Medicine*. Nova Iorque, MD. Publications, 1960, pp. 77-88.
- Terri M. The contributions of Henry E. Sigerist to Health Service Organization. *Milbank Mem Fund Q*, Outono, 1975, pp. 489-530.

LLA PRESENCIA DE LAS CIENCIAS SOCIALES EN LA FORMACION DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA¹

Nohemy B. de Infante,² Lugardo Alvarez³ y Nancy Landazábal G.⁴

INTRODUCCION

De época reciente y con insistencia hemos recibido, desde el ámbito de las ciencias naturales, la exigencia de una presencia necesaria, sustancial y permanente de las ciencias sociales en sus distintos procesos de aproximación al conocimiento de la realidad.

Quienes hemos compartido la tesis de que el divorcio entre la técnica y la práctica, por sí misma, frente a las posibilidades del ser humano, es un elemento negativo que disminuye y minimiza el acercamiento a una interpretación del mundo como totalidad, vemos que esta tendencia es parte importante para la formación de las nuevas generaciones en los distintos espacios del quehacer del conocimiento.

Para el caso que nos ocupa, la relación entre las ciencias sociales y su presencia en la formación, investigación y práctica de la enfermería, es un hecho de suma importancia que conlleva un conjunto de problemas y contradicciones que es necesario considerar y enfrentar en el plano teórico, metodológico, ideológico y político.

El presente documento levanta algunas de estas inquietudes, no agota todas las posibilidades de discusión, tiene la pretensión, muy sentida, de invitar a reflexionar sobre esta problemática: ¿es posible una relación entre el discurso de las ciencias sociales y la práctica de enfermería? ¿Qué condiciones exige esta relación? y ¿cómo podríamos abordar los contenidos y consecuencias de este debate? He aquí un gran desafío intelectual; todos debemos enfrentar esta compleja discusión a la espera de obtener resultados

¹ Documento Base para el Grupo de Trabajo sobre el tema indicado, y realizado en Yanacanas, Cali, Colombia, del 19 al 23 de agosto de 1991.

² Enfermera y Socióloga, Ms. Sm. y Psiquiatría, Profesora Universidad del Valle, Cali, Colombia.

³ Sociólogo, Profesor Universidad del Valle, Cali, Colombia.

⁴ Enfermera, Ms. MI, Enfermera jefe Silos 2, Cali, Colombia.

útiles en beneficio del crecimiento profesional y humano de quienes han dedicado su existencia a esta difícil tarea de vivir una praxis transformadora y cambiante.

MARCO GENERAL

En América Latina, en general, se han dado amplias experiencias en salud y particularmente en enfermería, de acuerdo con los procesos históricos propios de los países de la Región.

Poco a poco se ha ido reconociendo la importancia de la presencia de las ciencias sociales en las cuestiones de salud y el despertar de una conciencia sobre la necesidad de estas disciplinas con sus instrumentos conceptuales y metodológicos para agilizar los procesos de formación, investigación y práctica de la enfermería.

Así lo demuestran los diferentes resultados de las experiencias en salud y de la práctica en los diferentes sectores de servicios, en las últimas tres décadas. Es este un tema comenzado, no agotado, que abre camino para diferentes propuestas en la búsqueda de sus fundamentos y de sus posibilidades. He aquí también, la importancia de reunir a los interesados en discutir estos aspectos, con el ánimo de mirar retrospectivamente sobre los mismos, para revisar lo ya realizado, desarrollar propuestas necesarias para un análisis crítico de la investigación en ciencias sociales sobre problemas específicos en salud y crear lo necesario en términos de contenidos, sistemas pedagógicos y mecanismos de vinculación entre los procesos de investigación y la práctica misma.

Partimos de la consideración de que el saber y la práctica en el campo de la salud están ligados a la transformación histórica del proceso de la producción económica.

Se afirma que la estructura económica determina el lugar y la frecuencia de articulación de la medicina y de sus diferentes prácticas en la estructura social, de ahí que: "... Desde un punto de vista epistemológico se opta por la postulación que sostiene que la concepción y la proposición de alternativas educacionales y médicas no surgen por un simple juego de pensamiento, sino que tiene su origen en la experiencia de los individuos con el mundo material objetivo, en las relaciones prácticas del hombre con las cosas y en las relaciones de los hombres entre sí. La determinación, tanto del saber como de la práctica, se buscará en el conjunto de las relaciones que constituyen el todo social y, la de última instancia, en la estructura económica ...".⁵ Las prácticas en el campo de la salud y en el de la en-

⁵ García, J. C. La articulación de la medicina y la educación en la estructura social. En: *La educación médica en la América Latina*. Publicación Científica de la OPS 255. Washington, D.C., 1972, pág. 34.

fermería, al igual que sus relaciones inmediatas con la estructura social, adquieren sentido con el estudio y comprensión de la totalidad social.

“Esta totalidad con respecto a las Américas, podría ser estudiada en tres períodos históricos diferenciables en este siglo: El primero, que parte de fines del siglo XIX y llega hasta 1930; el segundo, desde 1930 hasta la década de los 50 y un tercer período, cuyo desarrollo comienza en la década de los 60. Los países de las Américas presentan en cada uno de esos períodos rasgos estructurales que los diferencian, que los singularizan dentro de una continuidad histórica que está marcada por el desarrollo de las fuerzas productivas en su relación dialéctica con las relaciones de producción . . . ”.⁶ Igualmente para cada uno de estos períodos se podría hacer una caracterización de la práctica médica y de enfermería.

VISION HISTORICA DE LA SITUACION

Una visión general de los aspectos más relevantes de la atención médica a finales del siglo XIX hasta 1930, nos muestra el predominio de las prácticas sanitarias en la América Latina. La práctica médica comienza su articulación con la estructura económica dentro de un capitalismo competitivo que implica acciones sanitarias de saneamiento marítimo, en los puertos, por la circulación de mercancías; por ejemplo, medidas contra enfermedades transmisibles, en el campo de la productividad, para mantener y reproducir la fuerza de trabajo, estimulando la atención médica individual.

El surgimiento de la enfermería en América Latina estuvo ligada a la práctica médica y al desarrollo de los hospitales, que para esta época eran los llamados de caridad, que brindaban medicina curativa y la atención de enfermería era proporcionada por comunidades religiosas, práctica esta representativa de la prolongación del otoño de la Edad Media.

En la formación universitaria surgen en este período las primeras escuelas de enfermería. En Argentina (1890), Cuba (1900), Chile (1905), México (1907), Uruguay (1912) y en Brasil (1923).

En Colombia fue creada en Cartagena (1903) la primera escuela, en la Universidad de Antioquia (1917) y en la Universidad Nacional de Bogotá (1920).

El período de 1930 a 1950, se caracteriza por el fortalecimiento de la atención médica y el hospital se constituye en el espacio privilegiado para esta atención. En este espacio se enfatiza el concepto de control, entendido no solamente como la comprobación, la inspección y el registro, sino también como la supremacía, el dominio y el manejo de la salud.

⁶ García, J. C. *Op. cit.*, pág. 36.

La creación de las escuelas de enfermería coincide con el desarrollo de la medicina estatal y la incorporación de la atención médica como contribución del Estado para el cuidado de la enfermedad individual.

La crisis financiera de la atención médica, centrada en los hospitales, desde finales del período anterior, se resuelve en la década de los 40, mediante los seguros de salud.

En el campo de la salud en general, se orientan las acciones a satisfacer necesidades individuales. La atención médica se caracteriza por su individualidad en el consumo; se satisfacen necesidades en forma diferente según el grupo social, así: "... Los grupos urbanos medios lo han de hacer a través de la práctica privada y de la seguridad social, el proletariado mediante los seguros sociales de enfermedad, el ejército industrial de reserva, los obreros no especializados y los campesinos a través de la asistencia pública...".⁷ Se legitima así la división del trabajo en salud entre lo curativo y lo preventivo.

Además de la limitación existente por la concentración hegemónica de los conocimientos médicos, en la clase médica dominante se daban las condiciones de la mujer en la sociedad, como factores que influyeron en el lento conocimiento y desarrollo de la enfermería como profesión.

Un conjunto de transformaciones sociales y el resultado de distintos procesos confluyen para impulsar el desarrollo de estas tendencias (la reasignación del rol de la enfermera como sujeto activo y participante, al igual que la afirmación de su condición femenina en el contexto de una sociedad, en general, supremamente tradicional y autoritaria) tales como: la inserción de la mano de obra femenina en el mercado de trabajo, el incremento de su nivel educativo con altas tasas de escolaridad y de participación en los niveles de educación media y superior, los cambios ocurridos en las funciones, en la estructura familiar y el aumento en los niveles de ingresos, lo cual ha marcado un ritmo de independencia, cada vez más creciente, de la mujer con respecto al dominio masculino en el plano económico.

En enfermería la mayor fuente laboral continuó siendo el hospital y en esta práctica intrahospitalaria apareció como hecho nuevo la división del trabajo en los hospitales modernos, seguido del aumento de la mano de obra de los auxiliares de enfermería y una tendencia cada vez mayor a la profesionalización.

En este período se incrementó la creación de escuelas de enfermería en América Latina (Brasil, México, Colombia, entre otros), con un enfoque clínico que orientaba las acciones hacia la atención individual.

El período de 1950 a 1970 y en adelante, se caracteriza por el gran desarrollo industrial altamente tecnificado que dio como resultado

⁷ García, J. C. *Op. cit.*, pág. 51.

una gran migración del campo a la ciudad por el desempleo rural y otra serie de factores de acuerdo con las particularidades de cada país, vinculados a los procesos económicos y sociales macro: la industrialización, la urbanización y la modernización. La introducción del capitalismo en el agro generó un grupo social cada vez más numeroso de mano de obra marginal urbana, formada por desempleados cuya única fuente de subsistencia estaba en el sector servicios debido a la incapacidad de los sectores primarios de la economía para absorber la mano de obra migrante.

En las décadas de 1950 y 1960, en América Latina, se consideró la educación como uno de los principales instrumentos para la modernización política, social, cultural y económica, dando importancia a la mano de obra altamente especializada.

En estas últimas décadas creció el número de escuelas y facultades de enfermería y surgió la necesidad de una capacitación especializada en enfermería, por razones de cambio en la estructura socioeconómica latinoamericana, cambios articulados a las innovaciones tecnológicas que abarcaron todos los campos sociales, incluida la salud. Esta situación ligada necesariamente a las nuevas políticas y estrategias de salud llevaron a pensar en los cursos de especialización y de maestrías, los cuales se dieron con una orientación fundamentalmente clínica y con énfasis en el área administrativa y de trabajo comunitario.

A mediados de la década del 50 y con apoyo de OPS/OMS "... Se comenzó a estimular la revitalización del componente social en la formación médica. Esto se expresaba a través de la promoción de una educación que insistiera en la atención integral del individuo y su familia, en la formación biopsicosocial, en la práctica de la medicina integral preventiva, curativa y de rehabilitación y en el conocimiento y participación en la solución de los problemas de la comunidad ...".⁸

Es de señalar que "... No fue el enfoque médico-social el que llevó las ciencias sociales a las escuelas de medicina y de las demás profesiones afines a la salud. En general entraron de la mano del conductismo que buscaba entender aspectos del comportamiento individual que influyen sobre la salud, y del positivismo sociológico interesado en complementar las explicaciones biológicas y de asimilar las técnicas de la sociología para entrevistar, encuestar y motivar la participación más activa de las comunidades. De esto hace unos 40 años, y el modelo preferido fue la creación de los departamentos de medicina preventiva y social o la introducción en ellos de disciplinas comúnmente conocidas como ciencias de la conducta".

"En la medida en que se fue configurando una especie de corriente médico-social, se planteó el debate con el funcionalismo y se trató

⁸ Mercer, H. La medicina social como campo intelectual. Taller Latinoamericano de Medicina Social. Medellín, 1987. Material mimeografiado.

de transformar la orientación de los departamentos de medicina preventiva, agregándose en algunos casos, para confirmar la presencia, el calificativo de medicina preventiva y social. La estrategia era realista y buscaba llegar en un momento oportuno del proceso formativo, en especial de médicos y, en menor escala, de enfermeras y odontólogos”.

“Pero ni el enfoque era hegemónico, ni fue creativo en las formas y modelos pedagógicos, ni innovó las temáticas o alteró la disciplina. Apoyó la intensificación de cátedras de sociología y antropología médicas; fue tratando de influir en la conceptualización primero de la epidemiología y luego, también, de la administración y la planificación de servicios de salud; encontró campo propicio en la investigación de salud, espacio en el cual ha logrado algunas de sus mejores realizaciones . . . ”.⁹

En la actualidad, tanto las ciencias sociales como las ciencias de la salud han pasado por distintas etapas de desarrollo en sus aspectos teóricos y metodológicos.

Si se revisa cuidadosamente la historia de las ciencias sociales desde sus orígenes, vemos como estas se han preocupado permanentemente por los problemas de la salud, en los marcos de las transformaciones socioeconómicas, como producto de la emergencia del capitalismo, tal como se señaló anteriormente, sobre todo mirando el papel del Estado como propiciador de recursos para la salud.

En el contexto histórico general de la década del 60 en adelante se ha elaborado una vasta producción intelectual en distintos aspectos sobre ciencias sociales aplicadas a la salud y referidos a la medicina tradicional, los servicios de salud, los procesos de docencia-asistencia, educación y salud hasta la formación de recursos.

Al respecto, Duarte Nunes nos presenta una visión general de estos trabajos los cuales han estado orientados a temáticas como: medicina y sociedad, análisis históricos de los procesos de salud, medicina estatal, medicina preventiva, atención primaria, infraestructura para servicios de salud, programas de salud y comportamiento de la población frente a los servicios de salud, entre otros.

Estos trabajos conllevan, de alguna manera, discusiones teóricas y metodológicas, donde se señala que la posición de clase tiene un alcance explicativo mayor de los perfiles epidemiológicos en términos del proceso salud-enfermedad, más allá de una simple interpretación biologicista.

Se destaca en los escritos la idea de que no hay una relación unicasal entre crecimiento económico y mejoramiento de las condiciones de salud, sino que, por el contrario, es necesario establecer el análisis de

⁹ Franco, S. La Universidad y las prácticas en medicina social en América Latina. Material mimeografiado.

los aspectos económicos, sociales, políticos e ideológicos en los cuales se dan estos procesos.

Los alcances de estos estudios nos muestran su importancia porque han significado un estímulo y una orientación para el personal de salud que ha considerado estos aspectos sociales como significativos en la explicación de los procesos salud-enfermedad.

De otra parte existe una abundante bibliografía y trabajos de investigación sobre el tema de los servicios de salud y la relación medicina y sociedad, cuyos contenidos generales abarcan una literatura teórica y metodológica referida a las formas de articulación de la práctica médica a una práctica social, escritos bajo un enfoque teórico estructural histórico principalmente durante las décadas del 70 y del 80.

ENFERMERIA Y CIENCIAS SOCIALES

La revisión de la manera como se ha articulado la práctica de enfermería en el contexto de la estructura social de los países latinoamericanos, muestra que esta disciplina tuvo como signo característico una subordinación frente a los profesionales de la medicina. Esta situación, donde por largo tiempo se desarrolló la enfermería, respondía a las condiciones jerarquizantes, tradicionalistas dentro de los profesionales de la salud, que definiría a la enfermera como la persona que bajo la dirección profesional médica toma a su cargo el cuidado de los enfermos.

La dinámica interna de la práctica de enfermería y el carácter de las transformaciones sociales en la realidad social latinoamericana, hicieron incompatible el papel que estas definiciones tradicionales le asignaban a la enfermera y la práctica que la realidad exigía. Por ello, la enfermera tuvo que romper los moldes rígidos de esta tradición y buscar nuevos derroteros que le permitieran alcanzar una nueva categoría profesional, con una participación activa y creadora en toma de decisiones, y una capacidad para establecer y utilizar criterios propios a fin de contribuir a mejorar las situaciones problemáticas de salud, que iban surgiendo entre los grupos sociales más necesitados de nuestras poblaciones.

En estos términos las transformaciones en la estructura socioeconómica de la totalidad social latinoamericana, obligaron a los profesionales de enfermería a asumir nuevos papeles, y se reubicó su posición dentro de la jerarquía de los agentes de salud, valorando su responsabilidad dentro del equipo de salud, gracias a que las condiciones particulares de la modernización y los procesos de democratización social, permitieron la vinculación de la mujer al mercado de trabajo creándose así un espacio más prometedor para el conjunto de lo femenino.

Estas nuevas funciones le permitieron a la enfermera participar como agente activo en la planificación, educación, administración e inves-

tigación de los servicios de salud. “Esta situación de la enfermera es la que hace que su práctica se pueda conceptualizar como una síntesis de conceptos de las ciencias sociales, biológicas y del comportamiento, aplicados en el cuidado del individuo, la familia y la comunidad con fines de salud”.¹⁰

Una revisión sucinta del proceso histórico de la profesión de enfermería, se presenta como una aproximación a la caracterización de la misma en los marcos de los tres grandes campos de su desarrollo profesional: la docencia, la práctica y la investigación.

Docencia

Desde sus orígenes la formación en enfermería ha estado orientada más a la supremacía del manejo de la enfermedad que al mantenimiento de la salud, de ahí que se la identifique como una profesión básicamente clínica, con presencia directa en el campo curativo, biologicista y no con participación en la promoción de la salud y la prevención de problemas de salud. Sin embargo, es una de las disciplinas que en su práctica ha estado más intervenida por las políticas de salud y educación. “La más dada a recibir y entregar funciones y actividades según se den las transformaciones en la división del trabajo en salud y la consecuente inclusión de nuevos técnicos o profesionales. Todo esto ha suscitado cambios en la filosofía y objetivos de los currículos, inclusión o exclusión de materias de los pensum y ha contribuido a la expansión en el tiempo que exige la formación”.¹¹

A finales de la década de 1950 y, con apoyo de la OPS, se realizó uno de los primeros estudios relacionados con la revisión de los planes de estudio de enfermería en América Latina y se sugirió incluir “. . . Conocimientos en materia de ciencias sociales o de la conducta (psicología, sociología, antropología social, etc.). Las ciencias sociales tuvieron una orientación fundamentalmente humanista. Se introdujeron en los planes de estudio, cursos referentes a enfermería en psiquiatría y salud pública. Esta última se centraba, fundamentalmente, en el control de enfermedades transmisibles y el saneamiento ambiental”.¹²

A finales de la década de los años 60 “Se destaca el interés por mejorar los procesos de enseñanza-aprendizaje en relación con las necesidades de los servicios de salud, se tratan de desarrollar aspectos educativos

¹⁰ Roberts, D. Enfermería de salud de la comunidad: Conceptos y estrategias. En: *Antología de experiencias en servicio y docencia en enfermería en América Latina*. Publicación Científica de la OPS 393. Washington, D.C., 1980, pág. 35.

¹¹ Castrillón, M. C. Formación universitaria de enfermeras. Colombia, 1937-1980. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, Vol. IV, No. 1, marzo de 1986, pág. 70.

¹² Castrillón, M. C. *Op. cit.*, pág. 62.

y tecnológicos, con énfasis en una formulación más precisa de los objetivos educacionales y de los cursos y una más amplia producción de documentos y material de enseñanza".¹³

En esta misma década se realiza en Perú una reunión sobre educación en enfermería y no solo se empieza a publicar el producto de las discusiones sobre los principios esenciales a tener en cuenta en la formación de estos profesionales, sino que también se comienza a reconocer cómo los cambios operados en la sociedad transforman y van exigiendo cambios en la profesión. Se resalta la función de la enfermera como educadora y se definen como áreas esenciales para la educación en enfermería las ciencias físicas, biológicas y disciplinas afines; las ciencias sociales y de la comunicación; las ciencias de la administración, las ciencias humanísticas y las áreas profesionales o de enfermería propiamente dichas. Se incluyeron en los programas cursos de epidemiología y de sociología, con diferentes nombres: sociología médica, principios de sociología, introducción a la sociología y antropología, entre otros; teorías del cambio e investigaciones operativas. Se empezó a utilizar la comunidad como campo y fuente de enseñanza y aprendizaje.

En la década del 70 en la formación de enfermería se reconoce la enfermedad como un episodio de la vida del hombre a partir de la concepción del mismo como ser biopsicosocial.

Debido a las acentuadas transformaciones economicosociales de la época, comienza a trascender el punto de vista netamente clínico, individual y biologicista hacia una concepción más social en la formación y en la práctica en enfermería.

Es esta década del 70 la que en los tiempos modernos convulsiona la educación en enfermería con la creación de nuevos programas, ampliación de cupos de ingreso a la educación universitaria y con la producción intelectual de los profesionales de esta disciplina, "... a nivel cualitativo, las reformas curriculares, en su búsqueda para formar un recurso que pudiera responder a las políticas de ampliación de cobertura, atención primaria y participación de la comunidad, comienza a orientar la práctica hacia lo social y colectivo y a reconocer que desde el trabajo en salud solamente, no es posible solucionar problemas que son competencia de acciones intersectoriales. Se comienza a gestar un cierto proceso de independencia en una profesión por tantos años dependiente y sometida... Los programas cobran mayor autonomía dentro de las universidades e institutos, la planeación curricular es realizada por los mismos profesionales de enfermería y la docencia en las áreas profesionales la desarrollan enfermeras especializadas en cada campo".¹⁴

¹³ *Ibid.*, pág. 60.

¹⁴ Castrillón, M. C. *Op. cit.*, pp. 71-72.

En 1978, a partir de la Declaración de Alma-Ata y para la ejecución de la estrategia de atención primaria, se sintió la necesidad de hacer ajustes al currículo de enfermería orientándolo a crear un espíritu científico crítico, con un conocimiento más amplio y explicativo del proceso salud-enfermedad y el establecimiento de nuevos niveles de competencia.

Esto exigió un rediseño de los centros formadores de recursos humanos para la salud y una constante adecuación de los currículos a las necesidades socioprofesionales para crear un agente de transformaciones sociales capaz de detectar los problemas reales. Se configuraron cuatro grandes áreas en la formación de estos profesionales, que determinaban las acciones de su práctica: 1) atención directa de enfermería al individuo, la familia y la comunidad; 2) administración de la atención en enfermería; 3) enseñanza en salud y en enfermería, y 4) investigación en enfermería.

Si se pretende hablar de un cambio real, que nos aproxime a una verdadera transformación del quehacer profesional de enfermería, es fundamental articular todos los esfuerzos de la formación del profesional al contexto histórico social donde este profesional está inmerso.

En este sentido en la década del 80 y hasta la actualidad se ha incrementado, en América Latina, la producción intelectual de los profesionales de enfermería, iniciada muy tímidamente y con gran relevancia en lo clínico en los años de 1970.

En la búsqueda de la enfermería sobre la relación entre ciencias sociales y salud, se han producido materiales en el campo de la salud ocupacional, en el análisis y comprensión del proceso salud-enfermedad, en la formación de recursos en enfermería, en la articulación docencia-asistencia y en salud comunitaria entre otros.

Práctica

Las prácticas de todo agente social, tanto a nivel existencial como social, están inscritas dentro de las características de la sociedad en la cual desarrollan su vida. Cuando se habla de práctica, se hace referencia a la ubicación del individuo en la estructura social. Las prácticas sociales son esos comportamientos estamentales, expresados individual o colectivamente como actividades cotidianas, que se constituyen a partir del tejido de las relaciones sociales, en el cual se hallan inscritos los individuos. Estas prácticas pueden corresponder al accionar cotidiano que orienta al individuo en su mundo inmediato, o pueden ser sociales, es decir, las que inscriben al individuo como agente social, familiar, etc. Estas últimas corresponden a la praxis fragmentadora de los individuos, que está basada en la división social del trabajo, en la división de la sociedad en clases y en la creciente jerarquización de las posiciones sociales que de ella se deriva; es decir, se trata de la actividad típica del trabajo enajenado en el modo

de producción capitalista, la cual dada la separación del individuo frente al proceso productivo pierde la relación con este como totalidad, más específicamente, pierde la relación de integración con los medios de producción, con el proceso de producción y con el producto de dicho proceso: la mercancía.

Estas condiciones generan una práctica social que pone el énfasis en el individuo aislado. Sin embargo, podemos aspirar como ideal a la creación de condiciones de trabajo en las cuales estos procesos de producción enajenantes se eliminen, buscando la conformación de unas relaciones sociales de producción más completas en la cual el individuo sea cada vez más un fin en sí mismo y no un medio.

Este preámbulo, que intenta describir toda práctica humana dentro de la totalidad estructurada de lo social, tiene como objetivo el análisis de una práctica dentro del conjunto de prácticas que estructuran la sociedad. Esta práctica es la de los llamados profesionales de la salud, particularmente, la que dentro de la división técnica del trabajo, existe entre estos profesionales, conocida bajo la denominación de prácticas de enfermería.

De esta manera, podemos identificar cierta relación entre las condiciones estructurales, tanto económicas como sociales y políticas, en el marco general de América Latina y el tipo de práctica dominante. Si lo central de las relaciones económicas estaba ubicado en el contexto de una relación de dependencia de los países periféricos con los países dominantes, se puede pensar en la existencia de un tipo de hombre subordinado en una estructura social de clases y en una economía de subsistencia, donde la relación con el entorno se da en las condiciones de una praxis elemental, no transformadora, puramente empirista, donde el sujeto es manipulado como trabajador y no tiene una visión de conjunto del entorno, ni del sentido de su trabajo, ni de su ubicación en el contexto de poder que lo define.

Así, por ejemplo, si observamos las condiciones de la estructura económica en América Latina hasta la década de los años 30, podríamos caracterizar la práctica dominante en enfermería como individual, curativa y hospitalaria, dependiente y utilitaria. En las décadas del 30 al 50, se producen algunos avances, en términos globales, en la medida en que la cobertura se amplía y se fortalece la práctica hospitalaria, la atención directa centrada en la enfermedad; simultáneamente se desarrolla una división técnica del trabajo con el aporte laboral de auxiliares de enfermería.

Las condiciones y los desarrollos de la estructura económica global para el período del 50 al 80, traen como consecuencia la necesidad de capacitación de los recursos humanos, de acuerdo con las demandas de la estructura productiva en evolución, lo cual acrecienta el mercado de trabajo y se aceleran, tal como señalamos en el marco general, los procesos de industrialización y modernización. Esto demanda la presencia de un profesional más tecnificado, autónomo y conocedor de los procesos de trabajo

en los cuales se inscribe. Su práctica se vuelve cada vez más activa, con algunos visos e intentos de propuestas transformadoras y críticas del papel de la profesión de enfermería en el campo de la salud en general.

Consecuente con lo anterior se observa cómo la práctica de enfermería tuvo en este período el siguiente itinerario: de los años de 1950 a los de 1960 con su práctica fundamentada en la educación, se fortaleció la atención clínica hospitalaria y la salud pública en cuanto a la atención a la enfermedad y al saneamiento básico en la comunidad.

En la década de 1960 se le dió especial énfasis a la administración y a la práctica clínica por especialidades, tanto en trabajo intra como extra hospitalario. Del 70 al 80 se hizo hincapié en la atención primaria y el trabajo comunitario, e igualmente en la educación y la administración a nivel hospitalario y en salud pública.

En la década del 80 se da una práctica mucho más participativa y de trabajo en equipo, consecuente con un enfoque de praxis más transformadora lo cual permite el salto hacia propuestas de trabajo comunitario, intersectorial y multidisciplinario. Actualmente la práctica de enfermería muestra un profesional caracterizado por una multidimensionalidad en su quehacer laboral. Las posibilidades que encierra esta práctica hacen necesario la formación de profesionales con un gran contenido interior, que les permita desempeñar eficazmente una labor que requiere una proyección y amplio conocimiento del mundo de lo social, conocimiento que desborda los límites del saber biológico y que instala necesariamente a estos profesionales en un saber más universal, más humano, en donde los hombres sean comprendidos como entidades biopsicosociales, es decir, como totalidades.

Conviene explicar que esta relación general entre la estructura económica y los tipos de práctica en los períodos mencionados, no se debe entender como una interacción unilineal, sino que, por el contrario, cada estadio de desarrollo de la práctica en enfermería es la consecuencia, es el resultado de procesos contradictorios, de avances y retrocesos al tenor de las luchas de clase y de los intereses en juego.

Investigación

La investigación debe entenderse no solo como una serie de procedimientos y técnicas investigativas, sino fundamentalmente como una práctica social donde tienen que estar implícitos los presupuestos que la orientan y la posibilitan.

La investigación es la búsqueda permanente del quehacer profesional. "Estos presupuestos orientadores deben salir de nuestra realidad social como práctica. Es pertinente tener en cuenta estas consideraciones ya que muchos de nuestros esfuerzos investigativos reportados en diferen-

tes épocas, han estado dirigidos a retroalimentar otras disciplinas, dejando de lado los aportes propios a la práctica de enfermería . . . La investigación tiene una dimensión teórica y una dimensión práctica que deben ser elaboradas paralelamente. Usualmente ha sido magnificada la dimensión práctica sobre la teórica, y se ha limitado a un tipo de investigación descriptiva y de utilidad técnica siendo que las investigaciones de tipo histórico, evolutivo, experimental y teórico filosóficas, favorecen el avance en el conocimiento y el progreso de las profesiones”.¹⁵

Desde un punto de vista más formal, podría decirse que la investigación en el campo de la enfermería, en un sentido más amplio, comienza su desarrollo a partir de la década del 70, sin desconocer el hecho de que en la década anterior, se produjo una abundante producción investigativa fundamentalmente desde el ámbito educativo a través de las especializaciones y las maestrías, con un enfoque básicamente clínico y de aporte, más que a enfermería, a otras disciplinas.

En esta dirección podemos resaltar que a partir de la década del 70 “ . . . La investigación se va convirtiendo en parte del quehacer y no como otra función impuesta; igualmente se busca incursionar otros espacios descubiertos desde enfermería y no señalados, recomendados, asignados o heredados como en épocas pasadas. El trabajo investigativo ha jugado un papel importante en la generación de planes para la formación del recurso, ha comenzado a convertirse además, en instrumento pedagógico del proceso enseñanza-aprendizaje. Si hasta el presente la profesión ha sido tan sensible a las transformaciones socio-políticas es de preveer que este fenómeno continúe sucediendo, por lo tanto, las educadoras de enfermeras deberán fundamentar en un sólido proceso investigativo los cambios a los currículos y a los planes de estudio para enfrentar con mayor probabilidad de éxito las innovaciones que exigirá el futuro de la enfermería en sus diversos campos de acción . . . ”.¹⁶

Es de anotar que en este proceso de incursión en la práctica investigativa de la enfermería, se ha reflexionado sobre temáticas relacionadas con la formación de personal de enfermería, propuestas de investigación en áreas clínicas, valoración integral de salud en individuos, grupos y familia, investigación en administración y servicios de salud, salud ocupacional, el proceso salud-enfermedad, investigación social en salud, integración docencia-asistencia y participación comunitaria entre otros.

Este panorama de reflexión alrededor de la docencia, la práctica y la investigación en enfermería muestra un proceso de logros y adquisiciones en los distintos frentes del quehacer de esta profesión. Muchos han

¹⁵ de Caballero, R. y otros. Formación de investigadores. Consideraciones y propuesta operativa. Documento de trabajo ACOFAEN. Bogotá, septiembre de 1990.

¹⁶ Castrillón, M. C. *Op. cit.*, pág. 72.

sido los logros obtenidos, sin embargo, el desafío y la necesidad de consolidar estos avances nos invitan a recrear nuevos métodos y propuestas teóricas que expliquen mejor los fenómenos a estudiar en el campo de la salud y que hoy resulta necesario tratar, de acuerdo con las nuevas exigencias y los cambios en las estructuras sociales, económicas y políticas de nuestro medio. En este orden de ideas es necesario calificar el papel de las ciencias sociales en la formación de las enfermeras. Las ciencias sociales constituirían un gran aporte en el crecimiento, desarrollo y fortalecimiento de las áreas anteriormente mencionadas de tal manera que se pueda superar el estado actual de la cuestión donde "... la participación del área social en los planes de estudio ha sido limitada y desarticulada, por el énfasis que se ha dado a los valores técnico-científicos de las disciplinas básicas y de las técnicas asistenciales. Las ciencias sociales continúan presentes en los pensum como materias de 'Cultura general', como conceptos generales desarticulados de la práctica sanitaria y muchas veces de la realidad socio-económica de los países ...".¹⁷

REFLEXIONES DE ORDEN TEORICO, METODOLOGICO Y POLITICO: DISTINTAS PROPUESTAS

La idea de mantener y fortalecer las ciencias sociales como elemento integrador en la formación del profesional de enfermería, se convierte en el escenario que permite reconocer, con base al panorama presentado anteriormente, un conjunto de obstáculos y problemas presentes y dignos de tener en cuenta, como objeto de una reflexión estimulante, en un encuentro latinoamericano de profesionales de enfermería, interesados en encontrar y operativizar, en su ejercicio profesional, la relación ciencias sociales-enfermería.

En los cambiantes momentos de una sociedad que exige respuestas inmediatas, fundamentadas en procesos reflexivos y sobre los cuales se buscan resultados, es necesario mantener una actualización, por lo menos mínimamente, en cuanto a los logros de los avances del conocimiento, en los distintos campos de manifestación de los procesos sociales y naturales. Esta necesidad es más evidente en la formación de los recursos profesionales en enfermería debido a la exigencia de estar al día en el desarrollo y los logros técnicos de las ciencias de la salud y, de manera singular e importante, en el conocimiento de los procesos sociales de esta actividad, y en el de los elementos teóricos que podrían constituir un recurso intelectual para una interpretación creadora, transformadora y vital del ser humano.

¹⁷ Castrillón, M. C. Determinantes y posibilidades de la investigación médico-social en enfermería. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, Volumen VII, No. 2, septiembre de 1989, pág. 80.

Un panorama como el que se ha presentado en este documento es probable que sugiera un cúmulo de inquietudes por la cantidad, magnitud y complejidad de los problemas a tratar. Sin embargo, es ineludible enfrentarlos si pretendemos proponer, elaborar e incorporar la idea sustancial, a nuestro parecer, de promover un liderazgo en el campo de la enfermería. Un liderazgo que surja del carácter que propicia la formación de un profesional capaz de encarar una realidad social, tal como ya hemos señalado, en permanente transformación.

Los procesos actuales, y particularmente los de la última década, son básicamente cambiantes, mutables y complejos. Un profesional a la altura de estas exigencias requiere caminar por los senderos del campo de las ciencias sociales más allá de una formación simplemente profesional.

Esta temática es un punto que nos lleva a preguntas centrales en el debate propuesto: ¿Qué condiciones, en qué circunstancias y bajo qué tipo de formación podríamos lograr la conquista de este liderazgo? ¿Qué requerimientos se exigen en términos de la formación, en la relación ciencias sociales-salud para un profesional en enfermería que genera actitudes y conductas capaces de innovación, renovación y liderazgo?

Sobre este aspecto la OPS en alguna de sus publicaciones resalta el hecho de que: “. . . El liderazgo en enfermería debe ser visto como un proceso que comprende diferentes niveles de desarrollo tanto en la dimensión individual como colectiva, y tanto en los aspectos conceptuales como en los metodológicos y operacionales. Dentro de este marco de referencia los líderes deben:

- Comprender la dimensión intersectorial de salud.
- Orientar y aplicar las políticas nacionales de salud.
- Analizar las fuerzas políticas existentes.
- Utilizar críticas que emergen en la implantación de las estrategias nacionales hacia salud para todos.
- Tener capacidad de dirigir y motivar a otros grupos y personas en un compromiso conjunto de la búsqueda de salud.
- Poseer comando y excelencia en su propia práctica.
- Asumir un compromiso real con la comunidad en la búsqueda de bienestar.”

Prosigue la OPS: “Entender la dimensión intersectorial de salud significa comprender la salud dentro de una dimensión social amplia, en donde la salud se convierte en un objetivo del desarrollo social y económico, orientado a buscar transformaciones en el hombre y en la sociedad y no solamente un medio para alcanzarla. Este enfoque hacia la salud obliga a trascender los límites del sector; conduce a estimar las dimensiones económicas y sociales que determinan la pobreza y el bienestar, a hacer explícitos perfiles de salud nacionales, a reflexionar sobre las posibilidades

de alcanzar ese bienestar con los estilos de desarrollo orientados hacia el ser humano y a plantear los cambios requeridos para lograrlo. Dado el carácter de manejo intersectorial para muchos de los conjuntos de riesgos que afectan a los grupos humanos, obliga esto a conocer, analizar, identificar y buscar alternativas que den respuesta a las demandas de los sectores sociales, para que dichos riesgos puedan ser controlados o erradicados . . . ” Este planteamiento “ . . . Lleva a reflexionar y actuar sobre objetivos económicos y sociales de la estrategia de salud para todos, tales como equidad, efectividad, eficiencia, accesibilidad, participación social, articulación intersectorial y cooperación entre los países . . . ” Y en este sentido “ . . . Para que lleguen a realizarse todas las acciones que son inherentes a la contribución que la enfermería puede aportar en la atención a la salud, es importante un conocimiento y manejo profundo de las políticas de salud, de las estrategias para lograr su cumplimiento y de las realidades económicas, políticas y sociales existentes en los varios países donde estas aplican. También se debe disponer de conocimientos científico-técnicos que ayuden a comprender las relaciones de poder y los intereses políticos, económicos y sociales que se mueven en torno de la salud de la población . . . ”.¹⁸

Ahora bien, estos objetivos sobre los cuales se ha venido trabajando permanentemente en las décadas anteriores, con sus avances y retrocesos, como todo proceso social que se encamina y se expresa en la realidad contradictoria y cambiante, supone la necesidad de una serie de insumos en el campo de la formación, la práctica y la investigación en enfermería que contribuyan, mejoren y consoliden los logros adquiridos en el empeño de construir este perfil profesional.

Analicemos algunas inquietudes en cada uno de estos rubros al igual que algunas propuestas susceptibles de ser mejoradas.

Docencia: Formación profesional

El encuentro entre ciencias sociales y la formación del profesional de enfermería ha sido pensado e implementado en algunos casos, más a nivel metodológico que en las instancias teóricas. De allí que la participación de las ciencias sociales en los planes de estudios de las escuelas y facultades de enfermería, se limita en algunos casos a cursos de técnicas de investigación social, cursos de demografía y estadística, que sin negar su importancia, suelen ser confundidos con el llamado método científico, tradición esta muy propia de los modelos cuantitativos y funcionalistas de las escuelas sociológicas norteamericanas. Suele suceder entonces, que estos

¹⁸ Manfredi, M. ¿Es necesario promover el liderazgo en enfermería para el avance de los programas docente-asistenciales? *Educ Med Salud* 22(1):5-6, 1988.

cursos no están fundamentados en una discusión teórica previa para mostrar diferentes alternativas, distintos enfoques y posibilidades de interpretación.

La consecuencia operativa de este tipo de posición se expresa en los cursos de “ciencias sociales”, que aparecen en los planes de estudios de manera aislada, como ruedas sueltas, sin integración al conjunto del plan, porque no se han dado las discusiones previas necesarias para llegar a un eje temático que pueda constituirse en un área y se logre una caracterización teórica y política del plan en su conjunto.

Tal como se ha señalado, en las ciencias sociales encontramos diferentes tendencias, que se constituyen en un proceso de debate ideológico y teórico. Por eso su presencia en un plan de estudio debe partir de una discusión de estos diferentes enfoques para que se ofrezca una pluralidad de posiciones con un énfasis determinado, dependiendo de las posiciones particulares del desarrollo y avance de la enfermería en cada país.

La exigencia anterior se hace aún más evidente si el objetivo que se pretende lograr para la década del 90, es el rescate de la estrategia metodológica de atención primaria, lo cual conlleva a problemas de orden teórico, ideológico y político a cuya comprensión y práctica deben dedicarse profesionales que hayan adquirido experiencia en el manejo comunitario.

Los procesos de descentralización de los servicios y desconcentración de los mismos y la posibilidad de establecer relaciones interinstitucionales e intersectoriales para llevar a cabo la implementación de políticas de participación —donde la comunidad con sus distintos tipos de organización pasa a constituirse en el objeto, punto de partida— lleva fundamentalmente a la necesidad de formar un profesional que posea un instrumental teórico y metodológico en ciencias sociales, amplio, variado y pluralista.

Estas reflexiones nos conducen a plantearnos los siguientes interrogantes:

a) ¿Cómo lograr la construcción de un área en ciencias sociales que atraviese la totalidad del plan de estudios, desde el nivel introductorio hasta la fase especializada o clínica?

b) ¿Qué requerimientos de aprendizaje son necesarios en la actualización de los profesionales en ejercicio como docentes en el plan de estudios de enfermería, con el ánimo de superar la reducida concepción de que lo social está presente en cualquier evento por el hecho de aludir, o hacer referencia a un cuadro estadístico que muestra funciones, correlaciones y porcentajes? Queremos subrayar el hecho de que lo cuantitativo es fundamental como instrumento o técnica, pero carece de sentido si se convierte en el objeto de estudio, pues el objeto de estudio es el hombre, es decir, lo social.

c) ¿Cómo lograr la relación entre el conocimiento teórico y la formación metodológica y política, entendida esta como concepción de lo social en la cual el sujeto es parte del proceso transformador del entorno y de sí mismo? Esto implica un compromiso de transformación. La relación podría buscarse en términos de una praxis transformadora en el más puro sentido hegeliano de la palabra.

Otro nivel de análisis a tener en cuenta en el tratamiento de la variable correspondiente a la formación de los profesionales de enfermería está relacionado con los procesos de socialización; la socialización suele ser ejercida a través de instituciones que se producen y reproducen en una sociedad determinada; otrora, la familia, posteriormente el aparato escolar y hoy, fundamentalmente, los medios de comunicación de masas y sus derivados educativos mediante los procesos masivos de técnicas educativas audiovisuales. En este sentido contamos, hoy en día, con una infraestructura que facilita y posibilita el anhelo de atender la necesidad de una formación y actualización permanente y continua en enfermería.

Digámoslo en un lenguaje más moderno, se trata de reafirmar un espacio en el cual se pueda mantener una educación sostenida y activa orientada a logros específicos en la profesión. Este aspecto ha estado presente en las inquietudes de la OPS, como parte de sus políticas en el tratamiento macro de los problemas de salud: “. . . sobre todo a partir de la entrada en vigencia de la estrategia de atención primaria en los países, en la medida en que exigen que las acciones de educación continua se fortalezcan en el contexto del desarrollo del personal de salud como una de las formas para lograr la reorganización y transformación de los sistemas nacionales de salud”.¹⁹ Para ello, se sugiere que los programas deberían:

- “Sustentarse en el análisis del contexto político, socioeconómico y de salud de cada país en función de la transformación que se espera para responder a los principios de equidad y justicia social que demanda la meta social de salud para todos en el año 2000.
- “Conllevar al desarrollo de una conciencia crítica frente al reconocimiento de una determinada realidad por el individuo, sujeto de la acción educativa. Esto implica la afirmación de un compromiso profesional frente a esa realidad captada en su totalidad, posibilitando de esta manera una acción transformadora.
- “Conducir al desarrollo de un eje de integración entre la teoría y la práctica y sobre todo al análisis y debate sobre las condiciones de trabajo y sobre la posibilidad de lograr a través de él una

¹⁹ Clasen Roschke, M. A. y Casas, M. E. Contribución a la formulación de un marco conceptual de educación continua en salud. *Educ Med Salud* 21(1):1-2, 1987.

respuesta a la dinámica política, social y epidemiológica de determinada realidad".¹⁹

En consecuencia, la educación continua se visualiza como eje fundamental en la redefinición de la función del personal de salud y específicamente de enfermería en la medida que reconoce un conjunto de premisas como:

- "El carácter inacabado de los hombres y el carácter evolutivo de la realidad como justificación para la continuidad del acto educativo".
- "El hecho de que el origen de los problemas reside en el modo mismo de organización social, y que su identificación y caracterización compete al propio grupo que forma parte y actúa en esta realidad".

Por lo tanto la producción de conocimientos se caracteriza como un proceso generado en el trabajo mismo, además de ser fundamentalmente participativo, ya que resulta de la confrontación de conocimientos diferentes y complementarios entre el equipo humano de salud y la comunidad".¹⁹

Los anteriores planteamientos contienen una serie de supuestos que podríamos, en su conjunto, designar como una política en la cual el punto de partida, el medio y el fin es el hombre mismo. En otras palabras, se trata de que seamos consecuentes con la idea de que todo el quehacer operativo del conocimiento, sea un medio para un fin; y el fin inevitablemente debe ser el hombre en todas sus posibilidades. Así, una educación continua es "... aquella que privilegia la dignidad de la persona y su derecho democrático a dar y recibir aprendizaje según sus necesidades individuales y sociales y dentro de un proceso concebido sin término temporal, a darse en todas las etapas de la vida. La capacitación multiprofesional y multidisciplinaria de un equipo de salud como respuesta a un modelo de prestación de servicios, destacando la importancia de la acción conjunta, es decir, educación, servicio y supervisión. La respuesta a la problemática, la constituirían entonces los programas de educación permanente o continua centrada en el trabajo".²⁰

Práctica de enfermería

En las últimas décadas el papel del profesional de enfermería ha venido adquiriendo un carácter más dinámico, más comprometido y participativo. Esta nueva tarea exige una capacidad de comprensión mul-

²⁰ Clasen Roschke y Casas. En: Vidal, C. El desarrollo de recursos humanos en las Americas. *Educ Med Salud* 18(1):9-33, 1984.

ticasual del entorno social e igualmente un fortalecimiento de la innovación, creatividad y toma de decisiones frente a los desafíos y cambios permanentes en la sociedad.

Lo anterior conlleva una postura crítica en el análisis de la realidad social, un trabajo conjunto con los grupos poblacionales, de tal manera que permita detectar, definir e implementar los programas, servicios y actividades de salud necesarios en cada región de acuerdo con las necesidades reales. Es decir, se trata de una preparación que supere las dificultades con las cuales se va a encontrar el profesional en el campo de trabajo comunitario. Entre estas dificultades señalamos las siguientes:

1. La falta de continuidad de los programas que se desarrollan en el sector salud y las demás políticas sociales complementarias, los cuales tienen como espacio de realización sectores deprimidos y marginados de la comunidad urbana, causando entre sus miembros escepticismo e incapacidad para asumir con responsabilidad la ejecución de los programas propuestos.

2. No existe una homogeneidad entre la formación del profesional de enfermería que ha tenido en sus intereses intelectuales una vinculación con las ciencias sociales, resaltando su importancia para manejar la complejidad que implica un trabajo multidisciplinario con todos los participantes de este proceso, en ocasiones profesionales de la salud, líderes comunitarios interesados específicamente en su cuota burocrática, políticas y técnicos cuyo interés fundamental radica en la búsqueda, sin sentido, de resultados inmediatos, independientemente de los procesos cualitativos necesarios que conlleva al trabajo comunitario.

3. Existe el mito y el temor de que la concientización de los miembros de una comunidad alrededor de sus problemas sobrepase el ámbito social, y se extrapole a lo político. De ahí que muchos funcionarios, al desempeñar labores de trabajo comunitario en el sector salud, limitan las posibilidades de expansión y crecimiento en el conocimiento del entorno de la comunidad. Dicho en otro lenguaje, se le teme a las ciencias sociales, por la creencia de que generan actitudes subversivas, contrarias al orden establecido y negadoras de la tradición y del pasado por lo que corren gran peligro de ser rechazadas por mucho tiempo.

4. Son múltiples las dificultades que se presentan en el terreno operativo, cuando se trata de trabajar con programas comunitarios que requieren la presencia de distintas instituciones del Estado. Surgen de inmediato los celos y las reservas institucionales, las limitaciones en la participación y la poca importancia que, en ocasiones, se le da a estos procesos en la medida en que no constituyen un baluarte o cuota política de poder.

Uno de los elementos que podría contribuir a dar respuesta a estas dificultades y contradicciones operativas del ejercicio profesional, es-

taría centrado en la transformación docente y de los planes de estudio de enfermería dada la presencia cada vez más fuerte, permanente y aceptada de las ciencias sociales en la formación de estos profesionales.

Evidentemente una persona, un profesional de enfermería que va a trabajar a la comunidad, debe tener una formación específica y técnica en su área y, sobre todo, tener capacidad para elaborar una visión global de la sociedad; requiere herramientas de tipo antropológico, sociológico, de carácter metodológico participativo, manejo de diseños etnográficos y cierta formación política que le permita tener capacidad para reconstruir la historia de la comunidad y proyectarla. De hecho este tipo de profesional, caracterizado por una formación más integral, sería y estaría menos resistente al cambio que de por sí conllevan los nuevos modelos de atención.

Investigación en enfermería

La investigación en ciencias sociales ha estado, tradicionalmente, ligada a los procesos del desarrollo de las ciencias naturales, lo cual ha llevado a excesos de formalización, donde lo cualitativo suele quedar subsumido en el dato o en la cifra fría y escueta.

La participación en los procesos sociales, de la etnografía y la antropología, deben ser punto central de discusión porque la investigación debe estar ligada a los elementos conceptuales y a las categorías que definen su alcance lógico epistemológico y sus posibilidades explicativas.

Es necesario crear condiciones que faciliten la presencia de nuevas alternativas metodológicas, más cercanas y compatibles con la intención de comprender al sujeto social con sus carencias, probabilidades y expectativas.

Los procesos de organización y, como consecuencia, de participación comunitaria, exigen, tal como se ha venido señalando, un tipo muy particular de formación del profesional de enfermería en investigación. Elementos tales como el respeto al interlocutor, el pensar por sí mismo, el ser consecuente, y una lógica con cierto grado de racionalidad en el pensamiento, están presentes en todos los momentos del proceso de la relación sujeto-objeto.

Ya abandonamos los viejos esquemas (o por lo menos ese es nuestro anhelo), en los cuales las políticas sociales de todo orden se diseñaban, se dictaban y se ejecutaban desde la oficina del sujeto que supuestamente conoce. Afortunadamente nuevos vientos rondan en el ámbito de las ciencias sociales y de la salud, invitando al procedimiento renovador de reconocer nuestro interlocutor (llámese comunidad), como punto de partida para la ejecución de propuestas que tienen que ver con su destino, con su esperanza y su futuro.

La investigación acción participativa nos renovó en ese sentido,

con su invitación a repensar las diferentes estrategias de investigación, a luchar contra los cambios formalizados y absolutos en la búsqueda del conocimiento, y a verificar que tanto el dato, como el agregado, como la observación y la participación, son pertinentes en estos procesos dependiendo de las características cualitativas del sujeto puesto en cuestión. Consideramos que este encuentro necesariamente debe reflexionar sobre las experiencias en este campo al igual que sobre los refinamientos más actuales que en la misma dirección nos señalan los análisis prospectivos en el campo de la educación médica. Sobre el particular la OPS ha hecho énfasis y nos invita a esta reflexión señalando definiciones particulares tales como: "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; en tal sentido, la decisión de una escuela universitaria de participar como institución en el desarrollo de determinado patrón educativo para el futuro, presupone no solamente tomar una decisión metodológica, sino asumir posiciones valorativas en torno a enunciados y conceptos básicos pertinentes al proceso de cambio".²¹

Aquí cabe tener en cuenta diferentes aspectos:

1. ¿Cuáles son las diferencias entre la investigación acción participativa y el análisis prospectivo?
2. ¿En qué instancia del proceso investigativo, a la luz de la participación comunitaria, son pertinentes cada uno de ellos?
3. ¿En qué momento se complementan?
4. ¿Cuáles serían las diferencias en el tratamiento del objeto, en la formulación de los enunciados, en la recolección de la información, en el tratamiento del dato y sus probabilidades de inferencia y generalización?

Estas inquietudes están vinculadas a los problemas centrales de lo que en la investigación acción suele llamarse las estrategias de investigación, las cuales son portadoras de la confrontación entre el sujeto y la realidad.

La experiencia que como práctica investigativa se ha tenido en enfermería, ha priorizado como componentes metodológicos, diferentes enfoques que van desde la interpretación formal unicausal de los fenómenos, pasando por interpretaciones multicasuales y de combinación de variables, hasta una aproximación cada vez más fuerte y positiva hacia interpretaciones que se mueven en el contexto teórico y epistemológico del estructuralismo histórico.

Estamos frente a este nuevo desafío, y se trata de aprovechar las

²¹ Ferreira, J. R., Coelho-Neto, A., Collado, C. B., et. al. El análisis prospectivo de la educación médica en América Latina. *Educ Med Salud* 22(3):243., 1988.

experiencias tenidas en este campo y de ampliar, gracias al debate ideológico, las posibilidades explicativas de los procesos salud-enfermedad.

Finalmente, queremos resaltar el hecho de que tanto la práctica, como la docencia y la investigación son elementos relacionados y componentes básicos de una totalidad en el proceso del conocimiento. En la relación entre la teoría y la práctica suelen presentarse problemas y dificultades cuando se trata de establecer categorías intermedias que vinculen estos dos niveles. El instrumento indicado para hacer efectivo este propósito es indiscutiblemente la investigación.

Entramos en la época más exigente en cuanto a la necesidad de comprender con mayor amplitud y profundidad los acontecimientos sociales que a diario surgen como efectos de la dinámica y el vigor con que la estructura social se transforma; la investigación es, en este sentido, el instrumento adecuado para encontrar respuestas más explicativas y pertinentes a este desafío de responsabilidad humana hacia el futuro.

BIBLIOGRAFIA

- ACOFAEN. Formación de investigadores. Consideraciones y propuesta operativa. Documento de trabajo. Bogotá, septiembre de 1990.
- Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE) Unión de Universidades de América Latina (UDUAL). II Conferencia Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería. *Memorias*. Quito, Ecuador, 1990.
- ALAFEM-UDUAL. XIV Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina. *Memorias*. Quito, Ecuador, 1988.
- Alvarez, L. Lectura sobre el desarrollo de la sociología en Colombia, 1989, pág. 25. Mimeografiado.
- Barona de Infante, N. y Alvarez, L. Concepto de comunidad. Propuesta alternativa para el trabajo en salud comunitaria. *Investigación y Educación en Enfermería*. Medellín, VII (2), sept. de 1989, págs. 93-112.
- Barona de Infante, N. y Alvarez, L. Los procesos de trabajo y de salud-enfermedad. Una relación dialéctica. *Educ Med Salud* 21(2):92-105, 1987.
- Barona de Infante, N. y Alvarez, L. Socie-
- dad y salud. Cali, Colombia, Edit. Formas Precisas, 1991.
- Barona de Infante, N. y Alvarez, L. La formación del profesional de enfermería y el trabajo comunitario como alternativa de prestación de servicios en América Latina. Experiencias metodológicas. Material mimeografiado.
- Barona de Infante, N. Hacia un área de las ciencias sociales en los planes de enfermería, 1984. Material mimeografiado.
- Bloch, E. El principio esperanza. Tomo I. Ediciones Aguilar, 1980.
- Duarte Nunes, E. As ciencias sociais em saúde na América Latina. Tendencias e perspectivas. Brasilia, 1985.
- Franco, S. La universidad y las prácticas en medicina social en América Latina. Material mimeografiado.
- García, J. C. Pensamiento social em saúde na América Latina. Editora Cortez Gestao 1987-1989.
- Investigación y educación en enfermería*. Volumen I, No. 1, septiembre 83-febrero de 1984; Volumen II, No. 2, marzo-septiembre de 1984; Volumen IV, No. 1, marzo de 1986; Volumen VI, No. 1, marzo

- de 1988; Volumen II, No. 2, septiembre de 1989.
- Mercer, H. La medicina social como campo intelectual. Taller Latinoamericano de Medicina Social. Medellín, julio de 1987.
- Organización Panamericana de la Salud. *Antología de experiencias en servicio y docencia en enfermería en América Latina*. Publicación Científica 393, 1980, 226 pp.
- Organización Panamericana de la Salud. *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud*. Documento CD 33/17 presentado ante la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS. Washington, D.C., 1988.
- Organización Panamericana de la Salud. Participación social en los sistemas locales de salud. Programas de Desarrollo de Servicios de Salud. HSD. Serie de Desarrollo de Servicios de Salud, No. 35.
- Organización Panamericana de la Salud. Nuevos rumbos en la educación de personal de enfermería. *Educ Med Salud*, 22(1):1-113, 1988.

LAS CIENCIAS SOCIALES EN LA FORMACION DEL ODONTOLOGO

*Yadira Córdova*¹

La práctica odontológica en Latinoamérica se ha caracterizado por el crecimiento casi autónomo de cada uno de sus componentes —desarrollo del personal, producción de servicios, producción de conocimientos. Esto ha sido grave por cuanto se ha perdido de vista el compromiso global de dicha práctica con las condiciones objetivas en las que se produce y expresa el componente bucal de la salud de la población. Así, los que históricamente debieron ser medios para responder a la finalidad de la práctica, pasaron a ser los fines mismos, soslayando o desvirtuando su propósito verdadero.

La odontología redujo así su objeto de trabajo —el componente bucal de la salud del hombre— al manejo de un conjunto de técnicas dirigidas al diente y sus tejidos de soporte. El resultado ha sido un quehacer individualista, selecto y carente de compromisos.

A partir del reconocimiento de la ineficiencia social de las acciones odontológicas, pero sobre todo como parte de las estrategias de control social de los países desarrollados, a la odontología se le ha venido planteando la necesidad de adquirir “compromiso social” a fin de responder a las demandas colectivas.

En este sentido, se han asumido diferentes caminos. Se ha generado un proceso importante de discusión y acción en función de recuperar la dimensión social de la práctica. Sin embargo, este esfuerzo no ha sido homogéneo en el tiempo, ni en el espacio.

Se han perfilado dinámicas específicas en cada situación concreta de acuerdo fundamentalmente con los marcos conceptuales y con los intereses en juego, tanto en la sociedad en general como en el interior del espacio particular de la odontología.

A partir de tales ideas, este trabajo intenta presentar lo que ha sido el proceso de incorporación de las ciencias sociales en la formación

¹ Docente, Cátedra de Odontología Sanitaria. Coordinadora de Maestría en Odontología Social. Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela.

del odontólogo. Se hace necesario destacar el impacto que esta especial expresión del desarrollo del personal odontológico ha tenido sobre el proceso mismo y/o sobre los resultados más cercanos, y aún sobre su finalidad fundamental que es la problemática de la población.

Es preciso dejar claro que el sustento empírico del trabajo parte principalmente de la experiencia de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, por ser el lugar donde la autora desarrolla su práctica académica.

EL PROCESO DE INCORPORACION

El proceso de incorporación de lo sociológico al cuerpo de conocimientos del modelo educativo en odontología se expresa en dos grandes vertientes: una, referida a la noción de lo social y cómo esta pasa a formar parte del saber odontológico; y la otra a la dinámica generada y generadora de la inclusión de los científicos sociales en las facultades de odontología.

Con respecto al primer planteamiento podemos señalar que cuando hablamos de la noción de lo social en la odontología, nos estamos refiriendo a su presencia explícita en planes y/o acciones. Consideramos pertinente esta precisión partiendo de la idea de que la práctica odontológica se genera y transforma en el marco de las necesidades de la población, aún cuando en su desarrollo se haya conducido omitiendo esas, sus razones.

En esta perspectiva cabe destacar que en el siglo XIX algunos avisos de prensa reseñados por Saturno Canelón (1982), contenían elementos que hacían alusión a algún nivel de responsabilidad social. Así se podían encontrar publicidades dirigidas a los "pobres", ofreciéndoles servicios gratuitos lo que da cuenta del sentido caritativo-individual con que se asume el compromiso del odontólogo con la sociedad.

Ese sentido caritativo-individual referido, marca el ejercicio de la profesión durante mucho tiempo. A través de las formas de enseñanza utilizadas se transmiten valores, y una ética que sustenta este modo de hacer. El efecto de ello se expresa en un quehacer en busca de mayor prestigio a través del uso de la novedad tecnológica, sumando una dosis de sensibilidad social, que respondiera a los principios éticos aprendidos y aprehendidos.

Puede entonces afirmarse que esto ha sido lo dominante en la práctica odontológica. Se han hecho importantes esfuerzos por cambiar el sentido caritativo expresado. Se viene intentando con bastante seriedad, por parte de algunos sectores de la profesión, recuperar el verdadero compromiso social que justifica su existencia. Aunque inicialmente muy aislados, y actualmente en forma mucho más sistemática, aún no se han producido impactos trascendentes sobre la problemática del componente bucal de la salud. Por lo tanto, podemos reafirmar que lo social subyace

como fundamento o esencialidad de la práctica odontológica en su más alta abstracción; pero en su historicidad ha venido soslayando la dimensión social de su objeto de trabajo.

Desde la perspectiva de las disciplinas es necesario remontarse cronológicamente para destacar hechos resaltantes en el camino de incorporación de las ciencias sociales a la odontología.

Históricamente las ciencias sociales estuvieron casi ausentes o muy relegadas del espacio odontológico. Se remonta a 1935 su primer intento de aparición en los Estados Unidos de Norteamérica, cuando se hace un análisis de planes de estudio existentes y se propone incluir la salud pública como disciplina. Esto coincide con el llamado a la "responsabilidad social" de la odontología, derivado de la recién aprobada Legislación Federal sobre Seguridad Social, en ese país (Cordon, 1980). Desde 1935, hasta finales de la década de los 50, la presencia de las ciencias sociales se enmarca en la enseñanza de la salud pública, fundamentalmente en los Estados Unidos.

En el plan de estudios vigente para el año 1934, en la Escuela de Cirugía Dental de la Universidad de La Habana, Cuba, se observa un pequeño asomo de las ciencias sociales a través de asignaturas como: ética, jurisprudencia y economía, y odontología legal y toxicología, materias que al parecer no fueron dictadas debido a las condiciones de carácter histórico-político, que llevaron a la intervención de la Universidad (Alvarez, 1988).

Igualmente en Colombia, en la Escuela Dental de Medellín, aparece la "ética profesional" como materia a cursar dentro del plan de estudios de 1941 (Arango y Payares, 1990).

En todo caso, estos intentos representan un modelo humanístico que comenzaba a introducirse en la enseñanza de la odontología, como parte de estrategias norteamericanas de control para Latinoamérica.

Como dato es interesante destacar que paralelamente la Fundación Kellogg, desde 1941, había iniciado la tarea de hacer donaciones para América Latina "en pro de la solución de los problemas de los pueblos . . . así podía contribuir al fortalecimiento de los lazos entre los Estados Unidos y sus vecinos al sur de la frontera" (Corey, 1986:1).

Dentro de este plan de ayudas se estableció un programa de becas para profesionales de la salud de Latinoamérica que, en una década, incorporó a un número significativo de los mismos, entre los cuales se encontraban 89 odontólogos. Esta experiencia incluía visitar el Proyecto de Salud Comunal de Michigan (MCHP) que constituía una muestra de trabajo social (Corey, 1986). Representa esta evidencia el relevante papel jugado por los Estados Unidos en el proceso de incorporación de determinadas formas de lo social en la carrera odontológica.

Para 1947, la Comisión de Estudios del Plan de Enseñanza de la Asociación Dental Americana, recomendaba dentro de los objetivos de

la carrera de odontología, “. . . d) Ejercen su profesión teniendo debidamente en cuenta sus relaciones sociales, económicas y éticas; e) actúen eficazmente en la vida de la colectividad” (Cordon y otros, 1980:5).

Hasta 1956 ese proceso había sido muy lento en América Latina, pero adquirió gran fuerza a partir de ese momento debido al interés norteamericano, por propiciar condiciones ideológicas favorables a su proceso expansionista profundizado después de la Segunda Guerra Mundial.

Tiene particular relevancia el II Congreso Panamericano de Odontología, celebrado en São Paulo, Brasil, en octubre de 1954, ya que entre sus conclusiones recomendaba “Establecer la enseñanza de la odontología social y sanitaria, ya sea como disciplina existente [*sic*], creando una cátedra, o bien un curso especial” (Febres-Cordero, 1957:240).

Para 1958 se efectúa el I Seminario Latinoamericano sobre Educación Dental, en Venezuela. Allí se refuerza aún más la tendencia biológico-técnica que había caracterizado a la odontología, pero por primera vez se discutió en Latinoamérica especialmente sobre la enseñanza odontológica; sobre todo se hablaba de “Contribuir a la formación en el alumno de los valores espirituales y morales, así como de sentimientos de solidaridad social, de elevado espíritu público, que lo incorporen como elemento activo del progreso y bienestar de la colectividad” (Febres-Cordero, 1987:258). Se recoge en esta cita lo que fue el sentido espiritual con que se aspiraba responder a los planteamientos sociales que se venían difundiendo.

El movimiento para alcanzar la sensibilidad social se potencia alrededor de los planteamientos de Blackerby y su grupo. El mismo señalaba la necesidad de crear un departamento de odontología social en las facultades de odontología. Esto permitiría la enseñanza de la historia, economía y odontología familiar como aspectos relevantes para el odontólogo.

Las aspiraciones de Blackerby son acogidas y difundidas por los Seminarios Latinoamericanos sobre la Enseñanza Odontológica —Bogotá y México— en 1962 y 1964, respectivamente, propiciados por la OPS/OMS, la ALAFO y la misma Fundación Kellogg.

Estos seminarios sirvieron de vehículo para implantar en la región el modelo preventivista-social que tuvo su máxima concreción en la creación de los departamentos de odontología preventiva y social. Estos últimos representaron las unidades académico-administrativas que garantizaban la enseñanza de lo social en la carrera.

En ese sentido, a mediados de los años 60 se crearon en diferentes universidades latinoamericanas, departamentos de odontología preventiva y social. A través de ellos se organizaron diversas modalidades de enseñanza de lo social, tales como dictado de asignaturas contentivas de tales aspectos, así como de un conjunto de actividades muy importantes como lo fueron las experiencias extramurales. Estas experiencias se iniciaron en algunas universidades como actividades aisladas, voluntarias y con

muy poco impacto en las condiciones de salud bucal. Posteriormente, se fueron sistematizando y pasaron formalmente al plan de estudios, pero de modo sumativo, sin mayor integración o impacto en la enseñanza.

PRINCIPALES MARCOS CONCEPTUALES EMPLEADOS

El modelo educativo en el que se insertó la enseñanza de lo social, se corresponde con el método funcionalista que propaga una racionalidad que segmenta, desagrega el objeto de trabajo. Dentro de esta racionalidad se profundiza aún más la separación entre lo biológico y lo social.

Así, podemos destacar como el modelo preventivo, expresión del positivismo en el campo de la salud, se apoya sobre la historia natural de la enfermedad, haciendo que todo el paradigma de la prevención se corresponda con una idea biologicista que va de lo normal a lo patológico en el individuo. De ello se deriva el plan preventivo que va desde lo inespecífico hasta la rehabilitación como prevención de tercer nivel. Dentro de esta racionalidad el espacio que queda para "lo social" es el de lo inespecífico, que se diluye o queda como vaguedad en el sentido más preciso del término.

Como se señaló anteriormente, diferentes modalidades de enseñanza se implementan entre la década de los 60 y 70, con el fin de garantizar "sensibilidad social en el educando". Estas se quedan solo como estrategias de carácter académico, que se reducen a requisitos para la obtención del título, que soslayan el compromiso político de la profesión, quedando este último como un problema de motivación, filantropía y de ética.

Durante la década de 1970, se consolidan las experiencias extramurales, se estructuran acciones en este campo, amparadas en convenios interinstitucionales que permiten al estudiante participar con mayor estabilidad en dichas experiencias. Se definen otros espacios de actuación para las ciencias sociales. Así se modifican contenidos académicos, iniciándose la preparación en áreas como administración de servicios. Para ello los enfoques normativos de la planificación y la orientación Tayloriana para la organización, fueron la base conceptual para enseñar materias como programación, personal auxiliar, organización de clínicas y servicios, entre otras.

Por otra parte, para el estudio de la sociedad se asumieron teorías económicas derivadas del desarrollismo cepaliano con algunos visos de modernismo.

En todo este período, las ciencias sociales, aunque signadas por el positivismo reinante en las disciplinas que intentan afianzarse o legitimarse como ciencias, juegan un papel muy importante. Si bien lo social se incorpora en la odontología de una manera formal, esto sigue asumiéndose

como un agregado a considerar en la enseñanza. Visión esta que es compartida y propiciada tanto por los clínicos como por los del área social.

A pesar de lo estático, lo parcelado y ahistórico con que se da el abordaje de la odontología, con las ciencias sociales en su seno, es innegable que la presencia de estas constituyó un elemento de referencia para avanzar en el camino de reconstrucción del objeto de la profesión.

Puede afirmarse que si bien las décadas de los 60 y 70 se caracterizan por el predominio positivista en el proceso de abordaje social de la salud bucal, la década de los 80 representa un momento histórico importante puesto que significó la ruptura conceptual y metodológica en el espacio ganado por las ciencias sociales en la odontología. En ello tuvo gran peso el creciente deterioro de la vida de la población, como producto de los antagonismos de intereses exacerbados.

Se inicia la discusión sobre la determinación social del proceso salud-enfermedad, a partir del cuestionamiento sistemático que se realiza en torno a los alcances de la práctica odontológica con respecto a su máxima responsabilidad que es el componente bucal de la salud individual y colectiva.

Esta ruptura epistemológica intenta fundamentarse en el método dialéctico-histórico. Se producen importantes cambios en los programas académicos, que van desde la modificación sustantiva de las asignaturas, en función de los nuevos enfoques hasta los cambios a nivel de la metodología de enseñanza-aprendizaje. Los cambios intentan ser coherentes con una visión "alternativa" de la educación dental. Se asume el modelo educacional y pedagógico más cercano a los principios democráticos.

En esta búsqueda de coherencia teórico-metodológica, las experiencias extramurales dejan de ser actividades de aprendizaje para pasar a ser momentos de un proceso social que involucra universidad-servicio-comunidad en función de las condiciones objetivas de existencia de la última. A partir de esto se recupera la relación dialéctica entre aprender y hacer, estudio-trabajo, teoría-práctica.

LA EXPERIENCIA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

Vale la pena destacar algunos de los procesos más interesantes que se adelantaron en algunas universidades, muy especialmente en la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, durante gran parte de esta década (1982-1987).

Se explicitaron como líneas curriculares la docencia-servicio y la clínica integral. De este modo se intenta sustentar la formación profesional en el uso del método dialéctico, tanto para el abordaje de lo colectivo como

para el abordaje de lo individual, expresado en el método epidemiológico y en el método clínico respectivamente.

En el terreno de la docencia-servicio (D-S), se trabajó a nivel de lo conceptual, lo político y lo operacional, redimensionando los programas que hasta ahora se venían ejecutando y perfilando los nuevos diseños en base a los principios de D-S: investigación, participación y abordaje integral de los problemas. Igualmente se aportó al mejoramiento de dichos programas, especialmente a través de la actualización y/o formación del personal de servicio (profesional y técnico), además de otras acciones.

En el terreno de la clínica integral se decidió, como política, su crecimiento y desarrollo como instrumento administrativo estratégico para la inserción de la enseñanza del método dialéctico a nivel de la clínica, en contraposición a la enseñanza repetitiva, atomizada y acrítica que se venía haciendo en desmedro de la atención adecuada y oportuna del paciente y de la formación científica del personal de salud.

Lo explicitado anteriormente, permitió avanzar sustantivamente. Sin embargo, cambios posteriores en la conducción académica han dificultado considerablemente la consolidación de estas líneas de trabajo aún cuando se acogieron estos mismos elementos como línea discursiva. Lo logrado no ha sido posible retrocederlo debido a su carácter cualitativo.

Aún no se dispone de una evaluación científica de su impacto; algunos cambios importantes se percibieron en los estudiantes del período en cuestión, así como en otras instancias que conforman la "academia", lo cual nos indica que se ganó un espacio muy importante y que los pequeños cambios afianzados fueron muy trascendentes.

A nivel de estudios de posgrado, a pesar de que el pensamiento social no ha tenido gran cabida, resulta pertinente destacar que se dio un gran paso al lograr el diseño, implantación y consolidación de la maestría en odontología social, como un área de trabajo científico para impulsar el debate y la lucha por la salud colectiva. La misma toma como substrato toda la discusión teórico-metodológica actual sobre la práctica en salud y sobre el mismo proceso salud-enfermedad en América Latina.

Comparativamente, entonces, podemos notar que las décadas de 1960 y 1970 son períodos de estructuración del espacio del pensamiento social en la odontología, pero fundamentalmente de carácter cuantitativo, es decir por adición de unidades académicas, de elementos curriculares y, por consiguiente, de experiencias de aprendizaje.

A partir de los años 80, en base a lo expresado anteriormente, resalta el carácter cualitativo dominante en el proceso.

Todas las acciones emprendidas constituyen hoy día el marco de referencia de un proyecto de transformación de la práctica odontológica y de la sociedad donde ella adquiere vigencia. El alcance de este proyecto va más allá de lo estrictamente académico y se difunde en todas las instancias que tienen que ver con la salud: docencia, servicio, gremio, comunidad.

Es innegable que estos años han permitido el fortalecimiento del estudio de lo social en la carrera odontológica, pero persisten importantes limitaciones para lograr mayor avance:

1. La presencia de los científicos sociales en la enseñanza continúa siendo interpretada como un agregado.
2. Se mantiene una gran separación entre las áreas que abordan lo clínico individual y las que abordan lo colectivo epidemiológico.
3. Los científicos sociales se han mantenido al margen de otros problemas de la enseñanza relacionados con sus aspectos clínicos y/o bio-técnicos, lo que contribuye fuertemente a mantener la separación.
4. Los esfuerzos por el abordaje multidisciplinario se han proyectado más hacia el estudio de lo "social" que hacia el hombre como una totalidad biosocial.
5. La omisión de lo social, cometida por el biologismo durante mucho tiempo, tiene ahora como contrapartida una desviación sociologista que, de continuar avanzando, conduciría a otra omisión importante: la de la dimensión biológica de nuestro objeto de trabajo.

Cada una de las anteriores observaciones constituye un serio desafío tanto para los científicos sociales como para todos aquellos que mantienen la búsqueda de una opción en la educación odontológica que dé cuenta de la responsabilidad histórica de esa profesión.

En el marco de este desafío es necesario puntualizar algunas premisas estratégicas de trabajo para los años 90 que se presentan muy complejas en virtud de las nuevas relaciones de poder en el mundo:

- Es imprescindible plantearse la formación de profesionales en una perspectiva dialéctica de la vida, por lo tanto la enseñanza-aprendizaje debe ser integral y no parcelada como hasta ahora ha ocurrido.
- Lo biológico y lo social son dimensiones distintas de esa globalidad que es el hombre; por lo tanto no pueden seguirse enseñando, aprendiendo y aprehendiendo como parcelas antagónicas.
- La base social del conocimiento odontológico debe entenderse como una dimensión de dicho saber, por lo cual es necesario que se utilice para el abordaje, explicación y acción en instancias del quehacer educativo y/o profesional que tradicionalmente han sido omitidas.

Estas reflexiones apenas son un bosquejo del reto que se tiene por delante en este camino de construcción de un espacio de accionar alternativo.

BIBLIOGRAFIA

- Alvarez Valls, L. Por los senderos de la docencia estomatológica en Cuba. La Habana, Editorial Científico-Técnica, 1988.
- Arango, A. y Payares, C. Consideraciones sociohistóricas de la odontología en Colombia y Antioquia. Siglo XX. Medellín, Ofedo-Redes (Area Andina), 1990.
- Gordon, J., Izquierdo, J. y otros. *Odontología y ciencias sociales*. Colección SESPAS. Serie Salud y Sociedad. República Dominicana, 1980.
- Córdova, Y. Acerca de la investigación odontológica en Venezuela y su relación con el positivismo. Trabajo de Ascenso. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela, 1985.
- _____. Experiencias extramurales. Universidad Central de Venezuela. Caracas, 1985. Documento mimeografiado.
- _____. Informe de pasantías I. Maestría en odontología social. Universidad Central de Venezuela. Caracas, 1986. Documento mimeografiado.
- _____. Formación del personal de salud y la tecnología apropiada en el marco de la atención primaria. Caracas, Venezuela. 1991. En edición.
- Córdova, Y., Pérez, S. y otros. Proyecto de creación de maestría en odontología social. Universidad Central de Venezuela. Caracas, 1985. Documento mimeografiado.
- Corey Arnett, J. Para la gente de América Latina. Introducción. Battle Creek, Michigan, Fundación W.K. Kellogg, 1986.
- Duarte Nunes, E. Ciencias sociales y salud en la América Latina. OPS/OMS-CIESO. Montevideo, Uruguay. 1986.
- Espinoza, E. El Departamento de Odontología Preventiva y Social en el curriculum de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. Trabajo de Ascenso. Caracas, 1982.
- Febres-Cordero, F. Historia de la Facultad de Odontología de la U.C.V. Tomo I. Universidad Central de Venezuela. Caracas, 1967.
- Pérez, S. El cambio curricular de 1973 en la Facultad de Odontología de la U.C.V. y los diferentes factores de poder involucrados durante su implementación. Período 1973-1984. Trabajo de Ascenso. Caracas, Venezuela, 1988.
- Pieruzzi, E. Informe de gestión decenal. Período 1984-1987. Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela, Caracas, 1987.
- Rodríguez, M.I. La administración del conocimiento. Lo biológico y lo social en la formación del personal de salud en América Latina. *Educ Med Salud* 20(4), 1986.
- Saturno Canelón, J. Odontología y sociedad. Venezuela Siglo XIX. Asociación Venezolana de Facultades y Escuelas de Odontología. Caracas, 1981.
- _____. *Enseñanza odontológica y subdesarrollo. Venezuela 1853-1940*, 2ª Edición. Caracas, Imprenta Universitaria de la U.C.V., 1982.
- Sonntag, H. La evolución de las ciencias sociales en América Latina. UNESCO. Caracas, Editora Nueva Sociedad. 1988.

LAS CIENCIAS SOCIALES Y LA FORMACION EN EDUCACION PARA LA SALUD¹

*Dora Cardaci*²

INTRODUCCION

Juan César García, al analizar el campo médico destacaba la existencia de instancias diferenciadas: “la formación de personal, la producción de conocimientos y la práctica “y agregaba que” cada una de estas regiones adquiere una cierta autonomía, aunque con frecuencia la práctica médica mantiene un papel dominante sobre las otras”.³

Estos señalamientos realizados hace ya casi 20 años, han resultado una vía importante para caracterizar diversos niveles de conocimiento de la realidad y de intervención en ella. Las instancias definidas por García nos permiten comenzar a acotar la compleja relación ciencias-sociales-educación para la salud y trazar las fronteras de este trabajo en el que se abordará este vínculo exclusivamente en lo que se refiere a la formación de personal.

El esfuerzo por reunir las ciencias de la salud y las ciencias sociales ha logrado trascender desde hace años la simple retórica, modificando el currículo de numerosos programas de formación en educación para la salud.

En la Primera Conferencia Regional de Educación Higiénica (México, septiembre de 1953) se recomendaba ya que el personal estuviese capacitado para hacer estudios preliminares sobre recursos, problemas e

¹ El presente artículo se basa en datos de la investigación: “Formulación de un modelo alternativo de educación para la salud generador de una práctica transformadora en la utilización de los servicios de salud” que contó con el apoyo financiero de la OPS.

² Profesora-investigadora. Dpto. de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. México 23, D.F.

³ García, J.C. *La educación médica en América Latina*, Publicación Científica 255. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1952, pág. 395.

intereses de la comunidad y para considerar las costumbres y tradiciones de individuos de distintas condiciones sociales.⁴

En muchos casos esto era entendido simplemente como necesidad de introducir en la vida social reglas higiénicas surgidas de la investigación biomédica. La educación para la salud se convertía entonces en la vía a través de la cual se divulgaba el conocimiento científico buscando eliminar completamente las creencias y prácticas tradicionales.

Sería inapropiado afirmar, sin embargo, que la articulación ciencias sociales-formación se ha dado con esta única finalidad. A la preocupación por preparar al personal para cambiar las conductas individuales, desmedicalizar la vida social o crear una conciencia sanitaria crítica subyacen, indudablemente, modalidades diversas de concebir dicha articulación y distintas definiciones sobre lo social.

UN ESTUDIO DE CASO: FORMACION DE TRABAJADORES SOCIO-SANITARIOS EN SERVICIO (PERUGIA, ITALIA)

El Centro Experimental para la Educación Sanitaria de Perugia ha venido llevando a cabo una experiencia de formación sustentada desde su inicio en la convicción de que la educación para la salud necesita del aporte de las ciencias sociales. La contribución de estas se da a dos niveles: a) haciendo un relevamiento crítico de problemas no exclusivamente educativos; b) funcionando como uno de los recursos metodológicos centrales. En el primer caso se toman en cuenta todos aquellos estudios que la sociología, la historia, la economía, la antropología, la psicología social realizan en el sector médico sanitario sobre asuntos como la organización de los servicios en el territorio, la relación médico-paciente, la variedad de respuestas sociales frente a la enfermedad y el dolor, etc.

En el segundo caso, las ciencias sociales proveen de herramientas teórico metodológicas dirigidas a organizar una estrategia en la que se integran datos aparentemente heterogéneos para obtener explicaciones y definir modalidades de intervención adecuadas a los problemas de salud con que se enfrenta el personal.

Para el grupo de Perugia, la educación para la salud es una pieza clave para la transformación cultural dentro y fuera del sistema sanitario. La formación continua de los trabajadores se realiza sin desvincularse del propio lugar de trabajo confrontándose con otros miembros del grupo, con la población y planteando el quehacer diario como un trabajo de in-

⁴ OPS/OMS/SSA. *Conferencia Regional de Educación Higiénica. Informe Final*. Publicaciones Varias No. 13, Washington, D.C., 1954.

vestigación, dado que de la continua verificación de la experiencia se redefinen nuevos objetivos y se adquieren nuevos conocimientos.⁵

El inicio del Centro Experimental de Perugia en 1954 se da en un contexto internacional de posguerra en el que se crean diversas organizaciones que se ocuparán de la salud. Es así como el surgimiento de la Organización Mundial de la Salud va acompañado (en el caso específico de las acciones educativas en salud) por la creación de la Unión Internacional para la Educación Higiénica del Público en 1951 y de la constitución de un Comité de Expertos en Educación Higiénica que se reunirá por primera vez en París en diciembre de 1953. Dicho Comité surgirá a propuesta de la Quinta Asamblea Mundial de la Salud.

El reconocimiento de la existencia de vínculos estrechos entre higiene y educación sanitaria es parte de la conceptualización dominante en las primeras décadas del siglo en Italia.

En el caso de Alessandro Seppilli, fundador del Centro Experimental de Perugia, dicho nexo adquiriría una especial importancia:

“No pueden ser efectivas las acciones higiénicas sin educación sanitaria y a la inversa, la educación sanitaria no puede tener otro contenido que el de la higiene”.⁶

Esta relación se planteaba como un proceso que no puede reducirse al cambio individual de las conductas pues se reconocía el carácter profundamente social de la higiene, área que debía recurrir siempre que fuera posible, a las acciones de masa. Esta posición se alinea dentro de la llamada orientación democrática de los educadores sanitarios italianos de la “primera generación”. Es decir, de aquellos pioneros que no creían en la imposición de normas técnicas indiscutibles y sugerían la realización de estudios sobre la comprensión de las informaciones, sobre el lenguaje y sobre la iconografía.⁷

El Centro se desenvuelve hasta 1963 como un organismo voluntario ligado a la Universidad de Perugia pero sin presupuesto propio. Los escasos miembros que laboran inicialmente en esta institución dirigen sus esfuerzos en dos sentidos: hacia la formación continua de los trabajadores socio-sanitarios nacionales (especialmente de las regiones de la Umbria y el Piemonte) y hacia el logro de cambios sustanciales en la formación de base del personal de salud. Este último propósito se busca alcanzar a través de la tarea docente en el Instituto de Higiene de la Universidad de Perugia.

⁵ Mori, M. La contribución de la educación sanitaria a la reforma de los servicios sanitarios, citado por: Castell, E., *Grupos de formación y educación para la salud*. Barcelona, PPU, 1988, pág. 11.

⁶ Seppilli, A. *La Rivoluzione della salute. Un impegno trentennale*. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 1985. pág. 3.

⁷ Modolo, M.A. y Briziarelli, L. Educazione Sanitaria e promozione della salute: sviluppo sociale e culturale. *Educ Sanitaria e promoz della salute*, 13(3):163, 1990.

Los cursos de higiene para estudiantes de licenciatura han venido siendo el espacio en el que se generan grupos de investigación orientados a la prevención y a la educación sanitaria. Así se da un giro diferente al proceso enseñanza-aprendizaje enfrentando a los alumnos a la posibilidad de trabajar y discutir en grupo y poner en cuestión la perspectiva general con que se vienen formando, es decir, la orientación hacia la enfermedad y hacia el caso individual.

El trabajo grupal fue un recurso metodológico empleado desde el primer curso impartido en el Centro. En 1958 se organizó el "Primer Curso de Verano en Educación Sanitaria".⁸ En el mismo participaron médicos, maestros y asistentes sanitarios. El objetivo del curso era sensibilizar a los participantes sobre las premisas teóricas y las derivaciones prácticas de la educación sanitaria, es decir, la construcción de un marco teórico compartido en el cual se encuadrasen las acciones educativas a adoptar. Cabe señalar el valor de esta aproximación al tema pues aún hoy, numerosos cursos de educación para salud se siguen limitando a dar una serie de "recetas" técnicas sin discutir el encuadre general en el que se inscribe la labor del personal de salud.

Otro elemento novedoso en la organización de esta actividad de educación continua es precisamente el valor otorgado en el curriculum a las ciencias sociales y en particular a la antropología cultural como campo del saber que permite el conocimiento del patrimonio cultural de la población con la cual el proceso de educación sanitaria (entendido como proceso social) se desarrolla.⁹ Se comienza a abrir en esta etapa la discusión sobre los factores socioculturales, el análisis sobre las motivaciones y las resistencias y sobre la construcción de instrumentos para lograr cambios de comportamiento.¹⁰

Un tercer aspecto que vale la pena mencionar en la medida en que clarifica la perspectiva inicial del grupo de Perugia, es la definición del rol del educador sanitario.

La educación sanitaria se entiende como tarea colectiva. De acuerdo con este principio, no se considera conveniente formar un personal que se ocupe *exclusivamente* de la realización de actividades educativas en salud, pues se correría el riesgo de que "la responsabilidad se ponga en un solo personaje en el que delegarían los médicos, las enfermeras, los dentistas,

⁸ Barro, G., Modolo, M.A. y Mori, M. Principi, metodi e tecniche dell'Educazione Sanitaria, Atti del 1ro Corso estivo di Educazione Sanitaria, Perugia, 14-21 settembre 1958, in: *Quaderni del Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria*, No. 1, Perugia, 1959.

⁹ Seppilli, T. Il Contributo della Antropologia Culturale alla Educazione Sanitaria; Barro, G. y otros. *Op. cit.*, pág. 33.

¹⁰ Modolo, M.A. y Briziarelli, L. *Op. cit.*, pág. 164.

en fin: todos, la realización de un trabajo que corresponde al conjunto del personal de salud".¹¹

Desde 1958 se han venido organizando anualmente cursos de educación continua en forma ininterrumpida. De acuerdo con los requerimientos que se iban presentando, se realizaban además actividades educativas dirigidas a diversos tipos de elementos de la administración pública, principalmente de los servicios sanitarios.

La necesidad de influir en otras regiones y especialmente en las más deprimidas, como el sur, lleva al grupo a impulsar la creación de la Asociación Italiana de Educadores Sanitarios, a través de la cual se establecen secciones en diversas zonas de Italia y se incorporan a los cursos aspirantes de todo el país.

Con la aprobación de la Ley de Reforma Sanitaria, en diciembre de 1978, el grupo de Perugia reafirma que educación para la salud es antes que nada participación y que no se trata solamente de utilizar datos y propuestas surgidas de los "expertos" (médicos, epidemiólogos, sociólogos, etc.) sino de desarrollar una acción común que tome en cuenta los conocimientos de las dos partes: los de los técnicos y los de la gente con la que se trabaja. Es así como se replantea la estrategia de acción en diversos frentes incluido el de formación. Se refuerza entonces la convicción de que la educación sanitaria debe ser realizada por todo el personal coordinado desde los centros o secciones de educación sanitaria que se crearían en las "Unidades Sanitarias Locales" (U.S.L.). Estas dependencias contarían con tres o cuatro integrantes encargados de dar apoyo técnico-metodológico al personal dependiente de cada unidad.

El Curso Anual de Especialización en Educación para la Salud para Trabajadores Socio-sanitarios que inicia en 1980, se dirige precisamente a la formación de los responsables de esta actividad a nivel central.

La estructura de este curso sintetiza la maduración de algunas de las propuestas y experiencias que se vinieron presentando desde el surgimiento del Centro y de la particular concepción que se tiene sobre el vínculo ciencias sociales-formación en educación para la salud. En primer lugar el curso es un intento de búsqueda en la integración estudio-trabajo ya que los participantes llevan a cabo las cinco unidades del programa a lo largo de 10 meses sin desligarse de su actividad laboral. Este vínculo se establece a través de un calendario escolar que exige cinco períodos de entre 7 y 14 días de permanencia efectiva en Perugia y de un eje de estudio que se vincula con la planificación y desarrollo de acciones educativas en las Unidades Sanitarias Locales. Dicho eje es el objeto de trabajo a lo largo

¹¹ Seppilli, A. Intervención realizada en la unidad: Formación del VII Curso Anual de Especialización en Educación Sanitaria para Trabajadores Socio-sanitarios. Perugia, junio de 1986.

de todo el año y se va desarrollando y enriqueciendo en cada una de las diversas unidades didácticas.

Tomando a las ciencias sociales como uno de sus elementos articuladores, las grandes áreas que se abordan a lo largo del curso son: a) conocimiento de la población y de sus problemas; b) fenómenos sociales y culturales en el contexto de un grupo y de una población; c) experiencias de investigación y de análisis de metodología de observación, trabajo de grupo y programación; d) formación; e) organización y evaluación de la educación sanitaria y del proceso de formación.

La secuencia de unidades del curso guarda una estrecha relación con la sucesión de momentos del modelo educativo propuesto para ser aplicado con la comunidad. Es decir, el grupo se apropia de una nueva manera de concebir el proceso enseñanza-aprendizaje a través de dos vías: la aplicación del modelo a su propio aprendizaje y la profundización teórico-metodológica del mismo a lo largo de los diversos niveles a los que va accediendo y en los que va desarrollando un programa vinculado a la Unidad Sanitaria Local a la que pertenece.

Las bases sobre las cuales es deseable organizar la formación del personal que opera en los servicios sanitario y escolar han sido motivo de continua reflexión a lo largo de la vida del Centro. En primer lugar se trabaja tratando de conferir al personal la capacidad de comprender e individualizar los aspectos educativos vinculados a los problemas de salud. Segundo, se considera indispensable que el personal advierta la necesidad de establecer procesos educativos estrechamente ligados a los problemas y necesidades objetivas y subjetivas de la población, vinculando teoría y praxis a través de una confrontación continua de sus conocimientos profesionales con la realidad. De los anteriores deriva un tercer objetivo: desarrollar en los trabajadores de la salud una verdadera convicción sobre la importancia de los componentes sociales y culturales de los problemas de salud. Esto lleva a un reconocimiento del enorme valor que posee el saber popular y la aceptación de las contribuciones esenciales que pueden recibirse entre otros, del campo de la historia, la antropología, la sociología y la psicología social. Esta última disciplina es de enorme ayuda en la tarea de interiorizar al personal en la teoría y métodos de la comunicación bidireccional comprendiendo y aceptando la confrontación con los otros.¹²

En lo que se refiere al *contenido* se establecen tres áreas centrales en la formación del personal:

1. Información epidemiológica básica, especialmente las condiciones y factores de riesgo así como los llamados índices de salud.

¹² Seppilli, A., Modolo, M.A. y otros. *Educazione Sanitaria*. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 1985, pág. 80.

En este grupo entra también el conocimiento de los sistemas de información incluyendo los datos que pueden proporcionar los diversos grupos de la población y las necesidades que de allí derivan.

2. Conocimientos sobre ciertas herramientas de las ciencias sociales que son claves para realizar una lectura correcta, no solo de la relación entre salud y enfermedad sino también de las diversas situaciones socioculturales. Algunos de los puntos que se trabajan para lograr este propósito son: los diversos modelos culturales sobre salud y enfermedad, la obtención e interpretación de datos socioculturales desde la perspectiva de la antropología médica, el desarrollo de instrumentos rigurosos que hagan de la observación un método central de conocimiento, etc.
3. Información sobre el proceso de aprendizaje y de comunicación que sirva a la superación de barreras socioculturales y de lenguaje permitiendo un intercambio recíproco y constructivo en la comunicación interpersonal y colectiva.

A estos grupos esenciales de contenidos se agregan aquellos referidos al sistema de servicio sanitario, social y educativo para poder definir en qué ámbitos es posible llevar a cabo procesos educativos en salud. En este sentido, se contempla el manejo de información sobre los principios y métodos de investigación como una herramienta fundamental en el análisis sistemático de los problemas. Se busca que este conjunto de contenidos y el enfrentamiento con problemáticas específicas vayan desarrollando una actitud problematizadora en el educador sanitario.

Un último aspecto es el relativo a los *métodos*, punto de enorme importancia pues “quien enseña tiende a aplicar aquellos métodos que ha experimentado en su propia formación y si estos no cambian, se cierran las posibilidades de transformar la actividad educativa aún cuando se hayan modificado los programas”.¹³

El trabajo de grupo ha sido la metodología didáctica que más ha respondido a las exigencias señaladas anteriormente. Los profesionales del Centro Experimental de Perugia han rescatado especialmente de su vasta experiencia tres estrategias de trabajo colectivo: los grupos de investigación, los grupos de discusión y los grupos de trabajo.

Los diversos elementos desarrollados, revisados y generados por el grupo de Perugia a lo largo de las múltiples experiencias llevadas adelante en la formación de base y continua sobre aspectos de educación sanitaria ponen en evidencia que tales propuestas formativas tratan de “restituir a

¹³ Modolo, M.A. Entrevista personal.

cada trabajador que lo desee, la posibilidad de integrar su profesión en la esfera de su personalidad, superando una concepción escindida de la profesión y haciendo de esta un factor de maduración personal".¹⁴

LINEAS GENERALES DEL MODELO EDUCATIVO

En opinión de María Antonia Modolo, actual directora del Centro y organizadora del primer curso de verano efectuado en 1958, "un aspecto fundamental que define la actividad del Centro es la estrecha relación que siempre se ha venido manteniendo con los servicios de salud (. . .). El otro elemento que siempre ha estado presente es el trabajo de grupo, sin embargo, es en los años setentas y bajo la influencia del movimiento del 68 en que se define con más claridad qué significa trabajar en grupo y sobre todo, cuál es el sentido de la participación".¹⁵

Este proceso de transformación conceptual y metodológica se anclaba en un compromiso con los cambios sociales, políticos y económicos que estaban produciendo ciertos sectores de la población (especialmente el movimiento obrero). De allí se derivaron ciertas líneas de trabajo que orientarían el trabajo educativo en salud especialmente en las fábricas pero también en la escuela y en los consultorios.

Sintéticamente, las etapas a través de las cuales se ejecuta el modelo en el que se forma al trabajador socio-sanitario de las U.S.L. son las siguientes:

1. Fase cognoscitiva
2. Fase de programación
3. Fase operativa
4. Fase de evaluación

Fase cognoscitiva

El primer problema a afrontar es: ¿sobre qué contenidos se realizará el proceso de educación en salud? En una metodología basada en la participación, los contenidos surgen de las propuestas de los técnicos (personal de salud) y de la población. Los primeros deben tener un conocimiento inicial de las necesidades basándose en los datos oficiales. Se busca

¹⁴ Di Carlo, A. Esperienze di Gruppo, Comunicazione, Apprendimento. *Educazione Sanitaria e Medicina Preventiva*, 1980, 3(2):45-95.

¹⁵ Modolo, M.A. Entrevista personal.

ir generando en los técnicos una “cultura de dato”, la que hace unas décadas era completamente inexistente.

Paralelamente es necesario individualizar las formas de organización de la población (circunscripciones, círculos, asociaciones, etc.) y de sus líderes (políticos, culturales, etc.). Esto contribuye a una primera valoración de los datos recogidos y de los problemas relevados y es útil en la detección de grupos con los cuales operar. Estos últimos pueden ser grupos con problemas comunes o conjuntos de personas sujetas al mismo tipo de riesgos.

El primer momento de trabajo común entre el educador sanitario y el grupo es aquel en que ambos conjuntan la información que poseen, confrontan datos “objetivos” y “subjetivos” y definen colectivamente qué metas habrán de alcanzar. En esta fase se hace un uso importante de las herramientas teórico-metodológicas de las ciencias sociales pues se analizan diversas situaciones: las necesidades individuales, las grupales, las de ambiente compartido. En este proceso se va advirtiendo la propia competencia respecto al problema de salud detectado y se adquiere un método que aumenta la capacidad de ver con ojos críticos la problemática de salud y permite analizar los determinantes ligados a la familia, el trabajo, la ciudad, el país. La organización y análisis de la información deriva en la difusión de la misma entre los grupos interesados (socialización del conocimiento). Esto hace necesaria la definición de los medios de comunicación más adecuados y la elaboración de una síntesis que permite estructurar los puntos fundamentales del mensaje. Es esta una excelente oportunidad para madurar los problemas y evaluar el nivel de conocimiento que se posee sobre los mismos.

Fase de programación

En esta etapa se analizan las soluciones adecuadas al problema presentando alternativas y examinando con el grupo cuáles son factibles o aceptables. Al realizar el cuadro de las vías de solución posibles es importante definir cuáles se refieren más estrechamente a comportamientos individuales y cuáles están fuera de este campo. De esta forma se evita la elección de estrategias que culpabilizan exclusivamente a los sujetos. Los objetivos educativos se definen en relación con los objetivos de comportamiento tomando en cuenta los factores culturales, psicológicos, de comunicación, etc. que pueden favorecer u obstaculizar la adopción de nuevas prácticas. Se consideran, además, aquellos elementos que pueden ayudar a mantener los comportamientos adquiridos a lo largo del tiempo (refuerzos que vengan de la presión social, de la intensidad de la difusión de los mensajes, del desarrollo de actividades concretas, etc.).

Fase operativa

Es este el momento en el que se organizan y llevan a cabo las acciones definidas en la fase anterior. Para ello se indican las prioridades estableciendo qué puede hacerse a corto plazo y qué en momentos posteriores. Se trabaja en un mayor nivel de profundidad en el proceso de difusión de la información, construyendo y probando nuevos medios de divulgación y estableciendo nuevos contactos con grupos interesados.

Fase de evaluación

La relación permanente con el grupo permitirá llevar a cabo la evaluación en cada momento del proceso revisando los objetivos, las soluciones y los programas diseñados. Esta actividad puede darse a varios niveles:

- a) Evaluación de la eficiencia o, en otras palabras, de la realización efectiva del programa establecido. Esto supone constatar entre otros hechos si se han involucrado los grupos interesados, si obtuvieron la información necesaria, si se definieron los objetivos, el número de personas que intervinieron en la socialización de la información, etc.
- b) Logro de los objetivos educativos, de comportamiento y de salud (grado de comprensión de los conocimientos recibidos, modificación de los comportamientos, aplicación de medios para dar continuidad al proceso, cambios en las condiciones de salud, en la incidencia de ciertos padecimientos, etc.).

La puesta a prueba de este modelo ha indicado a quienes lo vienen experimentando que “contiene en sí una enorme potencialidad educativa para los trabajadores sanitarios ya que los enfrenta a la necesidad de recolectar datos, observar, relacionarse con la gente y con sus problemas y actualizarse continuamente para poder comprender una realidad compleja”.¹⁶

Ciencias sociales y compromiso histórico

Las principales características de la propuesta educativa del grupo de Perugia son:

- El problema de la salud y de la enfermedad se ubica en un

¹⁶ Seppilli, A., Modolo, M.A. y otros. *Op. cit.*, pág. 40.

contexto socio-político general que ayuda a explicarlo e interpretarlo.

- La educación para la salud no se concibe como un proceso de persuasión organizada a través del cual se imponen informaciones “neutrales”. Es un modo de recoger informaciones y de tener una visión crítica de los problemas de salud, es la adquisición de un bagaje instrumental indispensable en un contexto histórico en el que la ciencia y las condiciones sociales y políticas cambian permanentemente.
- Las estrategias de educación para la salud y el diseño del currículum se encuentran en constante revisión pues están estrechamente ligados al análisis de la política sanitaria y de gestión de los servicios socio-sanitarios.
- La socialización de la información es la base de una nueva ética profesional que se busca sea asumida por el personal de salud.
- Las acciones de educación sanitaria se integran completamente al proceso de prevención global. No constituyen un apéndice o un elemento separado del mismo si se llevan a cabo en otros espacios conducidas por sujetos formados para realizar exclusivamente educación en salud. Esta es una tarea colectiva de *todo* el personal de salud.
- La educación para la salud es parte esencial de un nuevo modo de formar al personal de los servicios. El proceso se realiza de modo tal que se mantiene la vinculación con el trabajo y se abre la posibilidad de comprender los problemas de salud en el marco de la realidad política y social descubriendo la capacidad de participación de la gente y el valor de trabajar con ella investigando las situaciones de inconformidad y riesgo para la salud. De esta manera, es posible sostener un vínculo más estrecho entre los servicios y la realidad y construir sobre bases concretas una verdadera conciencia de salud en la población.

¿Ciencias sociales + compromiso histórico?

¿Por qué otros programas que incorporaron en forma importante las ciencias sociales al currículo han terminado cayendo en una práctica académica autorreferida que no tiene mayor trascendencia en los servicios, en el personal de salud, en fin, en el “exterior”?

Sin perder su perfil de institución académica, el Centro Experimental para la Educación Sanitaria ha desarrollado sus propuestas conservando una distancia y un conocimiento críticos respecto a las políticas dominantes sustentadas desde los organismos internacionales y desde el aparato de Estado Italiano. El compromiso del “grupo de Perugia” con su momento histórico ha sido particularmente notable en numerosas circunstancias entre las que valdría la pena destacar al menos dos:

- La participación activa en la prolongada lucha por la elaboración, aprobación y consolidación de un proyecto de Reforma Sanitaria.
- El desarrollo desde los años 60 de una propuesta educativa en salud con la clase obrera, sector que la sociedad italiana visualizaba como vanguardia de un proceso de transformación radical.

Puede afirmarse entonces, que un rasgo básico de la experiencia de este grupo es que surge y se desarrolla articulado a las propuestas de cambio más avanzadas que se han ido dando en la sociedad italiana y consecuentemente en el ámbito de las ciencias sociales y en el de la salud.

Finalmente, otro aspecto que ha definido la actividad del Centro y sobre el que debemos reflexionar es la estrecha relación que ha mantenido con los servicios de salud y la constante revisión de sus objetivos y metodologías de acuerdo con las transformaciones que se producían (o se buscaban producir) en estos espacios.

BIBLIOGRAFIA

- Barro, G., Modolo, M.A. y Mori, M. Principi, Metodi e Techniche dell'Educazione Sanitaria, Atti del Iro Corso Estivo de Educazione Sanitaria, Perugia, 14-21 settembre 1958. *Quaderni del Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria* No. 1, Perugia.
- Caldes, M. y Morelli, O. *Resultados de la evaluación de la formación en educación sanitaria usando como modelo un curso anual de educación sanitaria*. Ponencia presentada en la XIV Conferencia Internacional de Educación para la Salud. Finlandia, junio de 1991 (mimeografiado).
- Castell, E. *Grupos de formación y educación para la salud*. Barcelona, PPU, 1988.
- Di Carlo, A. Esperienze di Gruppo, Comunicazione, Aprendizimento. *Educazione Sanitaria e Medicina Preventiva* 3(2), 1980.
- Duarte Nunes, E., Ed. *Ciencias sociales y salud en la América Latina: Tendencias y perspectivas*. Montevideo, OPS/CIESU, 1986.
- García, J.C. *La educación médica en América Latina*. Publicación Científica 255. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1972.
- Garena, G., Mantelli, M. y Maggi, C. *Educazione alla Salute, una Storia da fare. Educazione alla Salute* (2):13-15, 1984.
- La Rosa, M. Il Problema della formazione, la formazione come problema. *Salute e Territorio* (55):30-34, 1987.
- Modolo, M.A. y Briziarelli, L. Educazione Sanitaria e promozione della salute: sviluppo sociale e culturale. *Educazione sanitaria e promozione della salute* 13(3):161-174, 1990.
- Modolo, M.A. y Maron, J. The contribution of the IUHE to the evolution of the key areas in health education. *HYGIE* 10(2):7-10, 1991.
- Organización Mundial de la Salud. *The preparation of health personnel in health education*. Copenhagen, 1975.
- Organización Mundial de la Salud. *Report of the Advisory Committee on Health Education and Social Sciences*. ICP/HED 008, 1977.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud/SSA. *Conferencia Regional de Educación Higiénica. Informe Final*. Publicaciones Varias No. 13. Washington, D.C., 1954.
- Padiglione, V. *L'Antropologia Medica: alcune riflessioni teoriche e metodologiche*, Perugia, 1986. Mimeografiado.

Seppilli, A. *Educazione Sanitaria e Igiene. Notiziario dell'amministrazione sanitaria*. VIII(6):435-441, 1955.

Seppilli, A. *La rivoluzione della salute. Un impegno trentennale*. Roma, II Pensiero Scientifico Editore, 1985.

Seppilli, A. y Modolo, M.A. *Educazione Sanitaria*. Roma, II Pensiero Scientifico Editore, 1985.

Wilson, D., Thomas, A. y Farreal, J. *Creating educational environments supportive of health*. Canadá, Ministry of Supply and Services, 1991.

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD: UNA PROPUESTA DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES¹

Mónica C. Abramzón²

INTRODUCCION

La Universidad de Buenos Aires está interesada en impulsar un proceso de transformación institucional. Los cambios a realizar implican un esfuerzo para adecuar la Universidad a la realidad de un país y una sociedad que han sido afectados por un largo período de crisis económica y ausencia de las instituciones democráticas.

Una de las vías elegidas para encarar este proceso de transformación ha sido la identificación de áreas problemáticas, a propósito de las cuales la Universidad plantee respuestas innovadoras que, partiendo de procesos de reformulación académica, la comprometan con la resolución de problemas sociales concretos de vastos sectores de la población.

Es a partir de la identificación de la temática de la salud como un área problemática, que se propone crear un centro académico innovador y de alta calidad educacional. Con este objetivo, un grupo de facultades (medicina, odontología, farmacia y bioquímica, psicología y ciencias sociales) y dependencias de la Universidad vinculadas con la problemática de la salud, han decidido unir sus esfuerzos institucionales para favorecer la viabilidad de este proyecto.

En este contexto, el 12 de diciembre de 1990, el Consejo Superior de la Universidad de Buenos Aires aprobó el Documento Preliminar del "Proyecto Ciencias de la Salud", cuyos lineamientos deberán orientar la

¹ El presente artículo sintetiza las características salientes del "Documento Preliminar" aprobado por el Consejo Superior de la Universidad de Buenos Aires.

² Licenciada en Sociología, Subsecretaria de Planificación Educativa de la Universidad de Buenos Aires y coordinadora del Proyecto Ciencias de la Salud-Centro Universitario Sur.

formulación de la propuesta definitiva que permitirá la puesta en marcha del mismo a partir de 1992.

El propósito de la iniciativa es promover el compromiso de la institución con el mejoramiento de la salud de la población entendida como un componente de la calidad de vida.

La propuesta recoge algunas de las experiencias innovadoras generadas en las facultades que la integran y se ajusta a las tendencias que se aplican en otros centros en los que se va configurando un paradigma emergente de educación en ciencias de la salud. Básicamente, se encuadra como una propuesta innovadora que se plantea articular la institución educativa con la de servicios y la comunidad; diseñar un nuevo modelo de formación con capacidad resolutoria de la problemática salud/enfermedad; articular docencia, servicio e investigación; orientar la formación de profesionales hacia modelos de atención integrada con énfasis en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades; e implementar un sistema de evaluación continua del proceso de desarrollo, de los resultados y del impacto institucional y comunitario. Estos aspectos serán considerados en detalle más adelante.

Para el logro de esos objetivos han sido seleccionadas las estrategias pertinentes: el abordaje multiprofesional e interdisciplinario del objeto de estudio; la estrategia de atención primaria de la salud; el aprendizaje basado sobre la resolución de problemas; la educación orientada hacia la comunidad y centrada en ella; la integración básico-clínica, clínico-clínica y clínico-sanitaria y el funcionamiento en equipo de salud.

LA INSTITUCION EDUCATIVA

La Universidad de Buenos Aires, creada en 1821, atiende la demanda por educación superior de una población de casi 11 000 000 de habitantes que residen en la ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense.

La actividad académica y de investigación se desarrolla en 13 facultades y un Ciclo Básico Común (primer año de los estudios universitarios), institutos y centros de investigación.

La matrícula total alcanza a 180 000 alumnos que son atendidos por un plantel docente de alrededor de 33 000 profesores y auxiliares de las distintas categorías; unos 3000 investigadores desarrollan su tarea en el ámbito de la Universidad. De acuerdo con la información del Censo de Alumnos de 1988, en las facultades de ciencias sociales, farmacia y bioquímica, odontología, medicina y psicología algo más de 45 000 alumnos cursaban las distintas carreras. Actualmente, unos 6500 docentes desempeñan su actividad en las mencionadas facultades.

EL SECTOR SALUD

La Argentina ha experimentado una considerable expansión de su sector salud. Entre 1945 y 1955 duplicó su capacidad instalada de recursos hospitalarios, llegando a las 150 000 camas que se mantienen en el presente; la fuerza de trabajo sectorial está compuesta por casi 400 000 profesionales, técnicos y auxiliares, mientras que la magnitud de recursos financieros destinados a salud ronda los 5000 millones de dólares anuales —lo cual supone un 8,0% del PIB.³

Sin embargo, ese considerable esfuerzo que la sociedad argentina destinó a salud está afectado por problemas de magnitud, deterioro de los servicios y de la calidad de las prestaciones, ineficiencia y sobre todo la persistencia de niveles y causas de mortalidad y morbilidad que nuestro país debiera haber superado históricamente.

Transformar esta situación requiere de múltiples y complejos cambios, uno de los cuales está, sin duda, referido a los recursos humanos en salud.

LA PROPUESTA

La reconceptualización del abordaje de los problemas de la salud, entendidos de manera integral, demanda nuevos tipos de profesionales. La Universidad, centro genuino de formación de recursos humanos calificados, propone a la sociedad alternativas de formación y los correspondientes perfiles, que puedan atender adecuadamente las necesidades sociales. De esa manera, reconoce su responsabilidad para relevar los problemas y generar respuestas para su solución, a través de modelos de atención con capacidad de transformación.

En esta propuesta se asume un concepto de salud que abarca tanto el estado de bienestar, equilibrio y armonía del individuo en su dimensión bio-psico-social, como el conjunto de procesos y actividades por medio de los cuales participa como sujeto para lograrlos. No significa la ausencia de conflictos, desajustes o problemas, pero sí la aptitud para reconocerlos, comprender sus causas y desarrollar los instrumentos para resolverlos.

La cuestión de la salud está vinculada estrechamente con las condiciones y formas de vivir y morir del hombre como acontecimiento histórico-social. Por lo tanto, en el tipo de relación que el hombre establece

³ Fülöp, T.F. International needs: educating for primary health care. En: McGuire, C.H. *et al.* (ed) *Handbook on health professions education*. San Francisco, Jossex-Bass, 1983, pp. 463-480.

con el proceso de reproducción de la sociedad, puede encontrarse el origen y la dinámica de los procesos de vida, enfermedad y muerte.

La expresión programática y de deseos de Alma-Ata, Salud para todos en el año 2000 supone, por cierto, una diferenciación de los modelos de atención tradicionales en tanto promueve el reconocimiento de la determinación social de las enfermedades, la formulación de los parámetros de accesibilidad a los servicios, la participación social y el uso de tecnologías adecuadas.

En esta perspectiva, el bien colectivo que se persigue es mejores condiciones de vida de la población. En consecuencia, el proceso de formación de un nuevo tipo de profesional, su incidencia en el modelo de atención y en la estructura sanitaria, solo puede ser evaluado correctamente por el impacto social de esta acción.

El diseño de las instituciones educativas en el campo de la salud respondió, por regla general, a una orientación que hacía prevalecer una visión de los problemas de salud-enfermedad como cuestiones individuales. El modelo de enfermedad que subyacía en la lógica de los planes de estudio era el de las enfermedades contagiosas, que requerían la identificación de un agente causal específico y sobre el cual era posible intervenir rompiendo la cadena de transmisión de la enfermedad.

Ese modelo prosperó y fue exitoso para la organización de instituciones educativas y de servicio, complementarias a esa representación de la enfermedad. Sin embargo, la aparición, con marcada intensidad de problemas crónicos, de las enfermedades mentales o inclusive de contagiosas de nuevo tipo, llevó a revisar el grado de adecuación de esa visión individual de la enfermedad.

Las condiciones ambientales, los estilos de vida, la desigualdad en el acceso a bienes y servicios, las condiciones de trabajo y otros factores que preceden y escapan, muchas veces, a la decisión individual, aparecen como aspectos de considerable incidencia en las condiciones colectivas de salud.

La salud-enfermedad, vista como problema o necesidad social, da lugar, por otra parte, al desarrollo de intervenciones previas y adicionales a las curativas, caracterizadas por su enfoque interdisciplinario e integral.

En la actualidad, la incorporación a los currículos académicos de este interés por los aspectos colectivos de la salud-enfermedad se ha convertido en un desafío, tanto en lo que hace a la caracterización epidemiológica de los conjuntos poblacionales como en la construcción de modalidades de atención de la salud adecuadas a las necesidades reales.

Objetivos de la propuesta

Al generar un nuevo espacio académico de alta calidad y eficiencia, que desarrolle experiencias innovadoras en el área de ciencias de

la salud se apunta al objetivo fundamental de contribuir a la elevación de la calidad de vida de la población, atendiendo al mejoramiento de su salud.

Las características del Centro implican lograr objetivos específicos que hacen tanto a lo institucional cuanto a la formación de profesionales de la salud. En el primer caso se pretende constituir una institución de un tipo tal que permita:

- Orientar la formación de profesionales hacia modelos de atención integrada, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.
- Contribuir a resolver la problemática de salud-enfermedad.
- Desarrollar proyectos de investigación articulados con las actividades de docencia y de servicio.
- Articular a la institución universitaria con otras instituciones sociales vinculadas con el área de salud.
- Desarrollar metodologías de evaluación de los procesos, los productos y el impacto de su actividad sobre las instituciones educativas y de servicios de salud, así como sobre la comunidad.
- Promover una acción orientada hacia la atención de las necesidades de salud de los individuos y de la comunidad, con arreglo a principios éticos, humanistas y solidarios.

En lo que respecta a la formación de profesionales, la propuesta se plantea formar profesionales que posean los conocimientos, destrezas y actitudes que los capaciten para:

- Prestar atención precisa, en el momento oportuno y con la tecnología adecuada.
- Abordar científicamente los problemas de la salud, lo que implica identificarlos, reconocer sus determinantes y condicionantes, prevenirlos, resolverlos a partir del uso adecuado de la información disponible y poner en práctica estrategias para su resolución.
- Utilizar las herramientas de investigación, esto es, cuestionar sistemáticamente la propia práctica y emplear sus conocimientos y destrezas en ese análisis, poniendo a prueba la teoría en la práctica.
- Desarrollar su práctica en equipos de salud multidisciplinarios y asumir un proceso de educación continua.
- Aportar soluciones a problemas de salud individuales y de la comunidad.
- Diseñar programas de salud comunitarios.
- Responder a las necesidades de salud y a las demandas del individuo y de la comunidad, trabajando con ella a fin de estimular

la autoasistencia y un estilo de vida saludable, de acuerdo con principios éticos, humanistas y solidarios.

Perfil del egresado

Cualquiera sea la carrera que cursen (medicina, enfermería, kinesiología, psicología, bioquímica, odontología, trabajo social, sociología, etc.), los egresados de este programa deberán estar en condiciones de:⁴

- identificar y responder a las necesidades de salud y demandas de la comunidad, trabajando con ella a fin de estimular el autocuidado y un estilo de vida saludable;
- contribuir a la resolución de los problemas de salud individuales y de la comunidad;
- prestar atención integral con fuerte componente preventivo, terapia efectiva y rehabilitación oportuna;
- desempeñarse en las funciones operativas o de conducción en los equipos e instituciones de salud alentando la capacidad de coordinación interdisciplinaria;
- mantener y mejorar su competencia profesional a través de diferentes procesos de educación continua;
- diseñar y ejecutar investigaciones.

Estas condiciones deberán especificarse para las distintas profesiones.

Características generales de la propuesta

El modelo educativo necesario para formar profesionales con el perfil antes mencionado adopta, como atributos esenciales, la estrategia de atención primaria, la orientación comunitaria, la articulación docencia-investigación-servicio, la interdisciplinariedad, la estrategia de resolución de problemas y el funcionamiento en equipos de salud.

ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD

La actividad del Centro se orientará hacia un modelo de atención integrada con énfasis en la promoción de salud y la prevención de enfer-

⁴ Organización Mundial de la Salud. *La educación del personal de salud centrada en la comunidad*. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS. Serie de Informes Técnicos 746. Ginebra, 1987.

medades y profundamente enraizada en el conocimiento de las necesidades de la sociedad.

Se prioriza la atención primaria de la salud entendida como la atención precisa en el momento oportuno, con la tecnología adecuada. Se evitará confundir atención primaria con cuidados básicos de salud y con la medicina simplificada. "La similitud de terminología entre atención primaria y primer nivel de atención, llevó a interpretar a ambas como una misma cosa. Aunque se ha insistido en que no se trata de un programa adicional, paralelo a las acciones rutinarias de salud, es todavía común encontrar esta forma de interpretación de la atención primaria, como una atención de segunda categoría y bajo costo para poblaciones desprotegidas. Sin embargo, la estrategia de atención primaria comprende la prevención, protección y atención curativa; constituye el acceso natural al sistema de servicios de salud en el nivel de complejidad que corresponda para cada situación".⁵

Se tratará de promover en los futuros integrantes de los equipos de salud las aptitudes y actitudes necesarias para reconocer los factores que influyen sobre la salud y el bienestar de la población, así como los alcances y déficit de la estructura sanitaria en su red formal e informal.

ORIENTACION COMUNITARIA

La relación entre el Centro y la comunidad proporciona importantes ventajas desde el punto de vista educativo ya que los alumnos se encuentran ante una enseñanza basada sobre problemas reales, en un medio igual o similar al que tendrán que enfrentar como profesionales de la salud. Asimismo, la adquisición de conocimientos a partir de su propia práctica, favorece el desarrollo de instrumentos para seguir indagando y actuando sobre la realidad.

El logro de estos objetivos se vincula con los principios de la educación orientada hacia la comunidad. Por educación orientada hacia la comunidad se entiende una formación que pone el acento en la resolución de problemas concretos en poblaciones definidas, tanto en los conjuntos sociales como en los individuos.

Por su parte, la educación centrada en la comunidad constituye un medio para que, a partir de las necesidades identificadas, se ejecute un programa de aprendizaje. Se compone de actividades desarrolladas en la comunidad como contexto de aprendizaje, en las cuales estudiantes, profesores, miembros de la comunidad y representantes de otros sectores participan activamente en la experiencia educacional.

⁵ Ferreira, J.R. Integración docente-asistencial y atención primaria de salud. *Educ Med Salud* 20(4):458-465, 1986.

La enseñanza que imparta el Centro se orientará a lograr que el programa docente se articule con las acciones que ha de realizar el personal de salud. Es decir, que se necesita información y ajuste a las exigencias presentes y futuras y a la evaluación de las cambiantes necesidades de salud.

La comunidad en que el Centro se localice, se constituirá en área demostrativa de los problemas que aquejan a la población, y de los mecanismos necesarios para identificar sus causas y el modo de resolverlos.

ARTICULACION DE LA DOCENCIA, LA INVESTIGACION Y LOS SERVICIOS

Se parte del supuesto de que la investigación, como núcleo integrador en la formación en ciencias de la salud, constituye un instrumento de fundamental importancia en el desarrollo de un modelo innovador.

La investigación científica ocupará así un lugar destacado dentro del Centro. Los procesos de enseñanza y aprendizaje permitirán desarrollar la capacidad de los estudiantes para utilizar métodos científicos y aplicarlos a la solución de los problemas profesionales, fomentando el hábito del estudio independiente. A su vez, los docentes se verán estimulados a plantear proyectos de investigación y llevarlos a cabo en un contexto que valore la calidad de los conocimientos producidos. De esta manera, el Centro asume funciones propias de la Universidad: producir nuevos conocimientos y devolver a la sociedad instrumentos para la resolución de sus problemas.

Por su parte, el proceso que permitirá la consolidación de las competencias y habilidades enunciadas en el perfil general del egresado, se sustenta en dos pilares fundamentales del modelo innovador: la integración docente-asistencial y el enfoque de equipo de salud.

En principio, la integración docente-asistencial no delimita solamente una técnica de enseñanza. Se ha planteado que es "un proceso de creciente articulación entre instituciones de educación y de servicio de salud, para mejorar la atención de salud, orientar la producción de conocimientos y la formación de personal, tomando como base el perfil epidemiológico en un determinado contexto poblacional y regionalizado, que permita la continuidad del proceso educacional que nazca en el trabajo y sea capaz de transformarlo".⁶

Este proceso debe atender a las necesidades de la comunidad y tender al desarrollo de una práctica social que implique niveles crecientes de participación de los actores sociales, al tiempo que genere conciencia sobre las causas de los problemas de salud.

⁶ Vidal, C. y Quiñones, J. Integración docente asistencial. *Educ Med Salud* 20(1):1-25, 1986.

Se sostiene que para que esto ocurra y la integración entre la docencia y los servicios pueda asumir un carácter de pertinencia en el contexto de la estrategia de la atención primaria sería necesario que se diese la utilización íntegra de los conocimientos médicos y de salud en una práctica preventiva y curativa transformadora.⁷

Las prácticas profesionales esperadas deben estar fuertemente determinadas por la incorporación temprana de los estudiantes en las acciones de salud. Dicha incorporación no debe constituir un espacio aislado sino, por el contrario, es el eje del proceso de enseñanza y aprendizaje. La estrategia de resolución de problemas centrada en la comunidad implica, necesariamente, la vinculación de la Universidad con los servicios de salud. En esta acción se debe pasar por etapas que van desde la acción comunitaria con base en el centro de salud periférico hasta los niveles de mayor complejidad de atención.

El sustento de esta propuesta es la convicción de que es posible transformar los servicios de salud y de que la Universidad con su función crítica e innovadora debe insertarse en esa práctica colaborando en su transformación.

INTERDISCIPLINARIEDAD⁸

El Centro Universitario de Ciencias de la Salud, debe concebirse con la participación de todas aquellas facultades relacionadas con la problemática específica. Además, entender la salud como un bien social, implica un abordaje que integre las ciencias básicas y aplicadas.

La aparición de un campo del saber, como espacio de circulación simbólica y de producción de conocimientos, tiene en la matriz disciplinaria científica un momento histórico de consolidación que genera un tipo de vínculo específico con la práctica profesional. En el contexto de ese modelo, la tendencia ha sido hacia la constitución de objetos parciales y fragmentarios.

Las disciplinas que han crecido y perfeccionado sus alcances en la dirección antes descrita, mantendrán un rol activo en este modelo. Pero no se trata de sumar las distintas disciplinas biomédicas en función de otorgarle una aparente integralidad al objeto. Tampoco de intercambiar conocimientos con las ciencias sociales para dar cuenta de nuevos aspectos (dimensión social) que han mantenido su carácter de externalidad en la conceptualización del proceso salud-enfermedad.

⁷ Ferreira, J.R. *Op. cit.*

⁸ Se asume el concepto de interdisciplinarietà compuesta desarrollado por Heinz Heckhausen en Apostel, L. y otros. *Interdisciplinarietà y ciencias humanas*. UNESCO. Madrid, Tecnos, 1983.

La propuesta pone énfasis en un abordaje temático, que implica pensar en primer lugar, un nuevo objeto para el cual la función de las disciplinas no debe ser negada sino, por el contrario, puesta al servicio de esta innovación.

En este caso, la práctica interdisciplinaria se caracterizaría por ser un espacio de encuentro permanente, de diálogo entre las distintas disciplinas (básicas y aplicadas), en función de las cuales se elabore el currículo. Esta relación de cooperación interdisciplinaria, deberá estar presente tanto en los estudios de grado como en los de posgrado, de modo de ir conformando un cuerpo de saber sobre la salud, multívoco pero articulado, alimentado por los distintos enfoques y ángulos de análisis que sobre ella se desplieguen. El intercambio, a su vez, ha de ir provocando efectos de transformación, revisiones y aperturas metodológicas, que dinamizarán la estructura de los marcos conceptuales de las disciplinas intervinientes, las que se irán asumiendo como interdependientes entre sí, en función de la insuficiencia de todo conocimiento unilateral.

Así, se adopta un enfoque interdisciplinario que comprende “desde la simple comunicación hasta una integración conceptual que facilite una interrelación metodológica, epistemológica, terminológica y de información”.⁹

Esta integración implica la construcción de unidades de enseñanza y aprendizaje basadas en objetos e interrogantes sobre ellos donde se conjugan conocimientos provenientes de diversas disciplinas para dar las respuestas científicas a las cuestiones que plantea el conocimiento de dichos objetos.

ESTRATEGIA DE RESOLUCION DE PROBLEMAS

El aprendizaje basado en problemas puede ser definido como “aquel que resulta del proceso de trabajar para la comprensión o resolución de un problema. En el proceso de aprendizaje, el problema se encuentra en primer término y sirve como un centro de atención o como un estímulo para la aplicación de las destrezas para resolver problemas o para aplicar destrezas razonadas, así como para la búsqueda o el análisis de la información o el conocimiento necesarios para comprender los mecanismos que producen el problema y las maneras por las cuales puede ser resuelto . . . ”¹⁰

Los currículos estructurados en torno de los problemas de salud prevalentes en una determinada población permiten identificar los cono-

⁹ Center for Educational Research and Innovation. *Interdisciplinarity*. Paris, OECD, 1972.

¹⁰ Barrows, H.S. y Tamblyn, R.M. *Problem-based learning. An approach to medical education*. Nueva York, Springer Publishing Company, 1980.

cimientos teóricos, la comprensión, las técnicas y las actitudes que son necesarios para la formación de profesionales de la salud.

La puesta en acto del aprendizaje contemplará el conocimiento del contexto social en que está inserto el paciente, su historia clínica y familiar, el estado psíquico frente a la enfermedad y la repercusión en su familia; la rehabilitación y sus posibilidades de una nueva inserción en la comunidad en la que vive y trabaja.

A través del abordaje interdisciplinario y de la estrategia de resolución de problemas, el estudiante descubre la utilidad de integrar los conocimientos provenientes de las distintas áreas en el contexto de un determinado problema clínico.

De este modo, en ningún momento las ciencias básicas se separan de las aplicadas, sino que siempre contribuyen a explicar un problema clínico. Es necesario señalar que en esta estrategia, el estudiante desarrolla distintos grados de competencia, en relación con las diferentes afecciones, debe enfrentarse con una gama de problemas prevalentes y evaluar permanentemente su propia capacidad para resolverlos, desde la capacidad de resolución total, hasta en los casos en que debe decidir la interconsulta o la derivación a otro nivel. Durante el proceso de aprendizaje, el alumno es evaluado a partir de su capacidad para abordar problemas de salud de complejidad creciente.

En el modelo que se asume se incluirán no solo los problemas clínicos individuales. Se abordarán otros de índole colectiva o social vinculados a una epidemiología no meramente biológica; asimismo, los alumnos participarán activamente tanto en la determinación de los factores causales de los problemas presentados como en el diseño de las estrategias de resolución de los mismos.

Este replanteo de la relación entre las ciencias básicas y aplicadas supone la revisión de la tradicional división entre disciplinas.

FUNCIONAMIENTO EN EQUIPO DE SALUD

Un equipo de salud es un grupo de personas que comparte metas y objetivos de salud. Estas metas y objetivos están determinados por las necesidades individuales y comunitarias y para su logro cada integrante del equipo se desempeña con arreglo a sus competencias y habilidades, respetando las funciones de los demás.¹¹

Desde esta perspectiva, el perfil de cada profesión asume una determinación que excede el campo del adiestramiento en el contexto de

¹¹ Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos empleados en la Serie "Salud para Todos". Nros. 1-8. Ginebra, 1984.

un programa multiprofesional, hasta incluir el marco de una labor interdisciplinaria. El equipo de salud se erige en condición necesaria para la interacción de las habilidades y competencias previstas en cada perfil. A su vez los perfiles determinan al equipo de salud en una dirección que supone que la eficacia de la formación para la acción profesional logra su punto óptimo en la programación de actividades de aprendizaje interdisciplinarias.

EVALUACION DEL MODELO

El modelo prevee la elaboración de un sistema de evaluación global y continua, tanto de procesos como de resultados, que tenga en cuenta todos los componentes curriculares, su ejecución y su repercusión. Esto se fundamenta en el hecho de que los efectos educativos dentro de la institución o en el contexto comunitario en el que ella se inserta, resultan de la interacción de múltiples factores.

La evaluación deberá recurrir a las más variadas fuentes de información (incluidos todos los participantes de los procesos de enseñanza y aprendizaje, los miembros de la comunidad y de la red de servicios), para lo cual será necesario crear una instancia de evaluación permanente que elabore los instrumentos para producir la información que se requiera.

La evaluación planteada desde una concepción integral, cumple una función insustituible de control, de análisis y valoración de la calidad de los procesos y resultados del proyecto. Ella constituye una acción permanente y su desarrollo es paralelo al proceso educativo del que forma parte.

LA RELACION CENTRO-FACULTADES

Las facultades involucradas depositan en el Centro una expectativa de innovación importante y asumen como propio su proyecto pedagógico-académico. Por lo tanto, participan activa y creativamente en la programación, supervisión y evaluación del proceso, de los resultados y de su impacto.

En este sentido, es necesario lograr un equilibrio flexible; las facultades deberán participar activamente en su gestación y en el control de gestión durante las distintas etapas de su desarrollo. Ello solo puede conseguirse en un ciclo, a través del cual los miembros que participan en el proyecto, difundan, promuevan y realimenten a sus propias facultades. Deberá constituir una auténtica experiencia de "aprendizaje institucional" capaz de incorporarse definitivamente a la cultura de la Universidad que la gestó.

LOCALIZACION DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

El Centro se instalará en la zona sur del Gran Buenos Aires —Avellaneda—, que constituye una de las regiones del país con mayor densidad de población y elevado número de grupos con necesidades básicas insatisfechas.

El partido de Avellaneda ofrece como ventaja una estructura sanitaria diversificada, integrada por establecimientos públicos y privados. En el ámbito oficial se cuenta con hospitales zonales e interzonales que atienden también la demanda de otros partidos, un hospital vecinal y 20 centros de salud dependientes de la Municipalidad. El sector privado presenta un número mayor de establecimientos con una menor capacidad de internación.

La existencia de esta estructura resulta de suma importancia para la formación de profesionales en el Centro. La metodología de docencia-asistencia que se adoptará requiere actividades enmarcadas en el contexto de la comunidad, utilizando toda la red de servicios disponible.

COMENTARIOS FINALES

En la estructuración de un proyecto educacional innovador pesan una serie de aspectos en relación con el acuerdo entre los diferentes actores que lo hacen posible. A continuación se señalan cuatro de esos aspectos.

El primero se refiere al tiempo que demanda la creación de una institución educacional. El diseño de su programa supone una tarea de sucesivos acuerdos entre las instituciones, profesiones e individuos que en él participan. Esta construcción debe ser vista como un proceso de lenta y progresiva maduración.

Las experiencias de instituciones universitarias innovadoras establecidas en América Latina durante los últimos 30 años (Universidad de Brasilia, Universidad Autónoma Metropolitana de México, Escuelas Nacionales de Educación Profesional dependientes de la UNAM de México, Cayetano Heredia de Perú, etc.) ilustran que esos procesos se miden en décadas dado que su consolidación va más allá de la formulación de los planes de estudio, admisión de alumnos y reclutamiento de la planta docente. Implica también que su oferta educacional sea aceptada por los diferentes actores que definen y modelan el mercado de trabajo.

La labor educativa se mide entonces en el tipo y condiciones de inserción ocupacional, potencial y real, de los graduados, momento en el cual pesan opiniones y valores en términos de la política de salud que en esos instantes se implementa o que se considera deseable implementar.

El segundo aspecto alude a que —además del currículum, la

organización administrativa, la selección docente, del alumnado, la relación con las prácticas profesionales y el tipo de gobierno elegido— la innovación educacional debe contemplar que cada nueva carrera requiera de una estrategia de legitimación profesional.

Esa estrategia se establece a través de un recorte de objetos de estudio y trabajo que pasan a ser los espacios de competencia de cada campo profesional. Estrategia supone, en este caso, la existencia de un proyecto colectivo, en torno del cual existe un grupo orgánico interesado en defender ese recorte de objetos de práctica y estudio, para lo cual define explícitamente modalidades de atención, investigación y transmisión de conocimientos. La legitimación expresa la voluntad para que se reconozca la responsabilidad de determinadas profesiones sobre objetos de trabajo, necesidades y problemas específicos.

En tercer lugar, cabe destacar que la experiencia de los proyectos innovadores antes mencionados ilustra que ellos deben ser apoyados como esfuerzos que comprometen a la totalidad de la Universidad, evitando ser caracterizados o tratados como planes marginales, piloto o experimentales.

En cuarto lugar, se puede observar que en el desarrollo histórico de las escuelas y facultades del área de la salud, su base organizativa tiende a colocarse en la capacitación para el diagnóstico y el tratamiento, concebidos como aprendizajes de normas y procedimientos. El crecimiento de este tipo de contenidos se realizó, en muchos casos, a expensas de una pérdida de importancia del proceso de producción de nuevos conocimientos.

La participación del alumnado en el espacio y el ejercicio del descubrimiento o en la reproducción de este tendió a desaparecer, dejando lugar a la repetición de un saber producido en condiciones muy ajenas y distantes de las posibilidades del alumnado.

En el diseño de una propuesta innovadora debería ser necesario recuperar aquella práctica como un componente de la formación, asegurando condiciones para que la investigación junto con el diagnóstico, el tratamiento y la extensión del conocimiento sean acciones plausibles dentro del perfil profesional del egresado.

El diseño de las propuestas curriculares exigirá dar respuesta a algunas cuestiones centrales como, por ejemplo, la relación entre las disciplinas básicas y aplicadas, el trabajo interdisciplinario e interprofesional y el uso de diferentes estrategias de organización curricular —asignaturas, seminarios, talleres, ateneos, pasantías, residencias— con el fin de lograr una variada gama de aprendizajes que permitan y estimulen la vinculación de la teoría con la práctica. Otro desafío en el diseño de los currículos reside en la articulación de momentos y/o etapas de formación común para distintas carreras en momentos y/o etapas y modalidades de formación específicos para cada carrera.

La verificación científica de la validez de sus propuestas, ha determinado que muchas instituciones educativas se planteen la reformulación de sus funciones de docencia, investigación, transferencia y servicio de modo de responder adecuadamente a las cambiantes demandas sociales. La Universidad de Buenos Aires, al impulsar esta propuesta, asume ese desafío.

AVANCES EN EL **FORTALECIMIENTO DE LA ENSEÑANZA DE LA SALUD PUBLICA EN LA REPUBLICA DOMINICANA: La concreción de un proyecto colectivo**

Amalia del Riego Abreu¹ y Rosa María Borrell Bentz²

LA CONSTRUCCION DE ESPACIOS DE REFLEXION Y ACCION DE UN GRUPO DE TRABAJO

La República Dominicana, al igual que el resto de los países de América Latina, está siendo afectada por una crisis económica profunda, que aparenta empeorarse con la implantación creciente de las políticas de ajustes neoliberales. Esta crisis se expresa en un deterioro de la calidad de vida de la población, especialmente en lo referente a la insalubridad del medio ambiente, la situación precaria de consumo de agua potable y la carestía de los alimentos, fenómenos que impactan, sin lugar a dudas, el estado de salud.

La Universidad, como institución social responsable de la formación de recursos humanos, también se ha visto afectada por este proceso,

¹ Coordinadora Núcleo Estratégico para la Enseñanza de la Salud Pública NEESP. En la actualidad el NEESP está integrado por el siguiente personal del Departamento de Salud Pública de la UASD: Dr. Diómedes Robles (Director del Departamento de Salud Pública), Dr. Aníbal Gomera (Coordinador Maestría en Salud Ocupacional), Dra. Fátima Guerrero (Profesora, Encargada del Programa de Educación Permanente), Dra. Selma Zapata (Dpto. de Odontología), Dra. Tirsis Quezada (Encargada Rediseño Curricular Saliente), Lic. Carlos Beriguete (Profesor), Dra. Flavia Salcedo (Encargada Rediseño Curricular entrante), Dra. Elizabeth Gómez (Profesora), Dra. Amalia Del Riego (Profesora, y Coordinadora del NEESP) y Lic. Rosa María Borrell (Asesora PASCAP-OPS/OMS).

² Consultora Nacional del Programa de Adiestramiento en Salud de Centroamérica y Panamá, PASCAP-OPS/OMS.

siendo notoria la desvinculación progresiva entre el quehacer académico y los procesos sociales que vive el país.

Esta situación puede apreciarse de manera particular en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Estatal, específicamente en el Departamento de Salud Pública, que finaliza la década de los 80 sin lograr articular un proyecto de salud colectiva sólido frente al desafío que imponen los cambios sociales, culturales y de salud.

Dentro de estas circunstancias, cabe destacar el debilitamiento del espacio académico, especialmente en el nivel de posgrado, producto de las crisis sucesivas de los distintos programas y del desinterés de algunas autoridades universitarias y gubernamentales. Las posibilidades de pérdida de este espacio impulsa a nuevos docentes, conjuntamente con otros de mayor experiencia y tiempo en el Departamento, a iniciar esfuerzos de construcción de una estrategia diferente en cuanto a la enseñanza de la salud pública.

Lo anterior exige a los profesionales-docentes de la salud que confluyen en estos momentos, de manera coyuntural, en el Departamento de Salud Pública, definir su papel frente al compromiso de insertarse "... en una praxis social que busque dar respuestas históricamente apropiadas a las necesidades de salud de la sociedad dominicana ..." (1). Este compromiso significa, sin lugar a dudas, la construcción de un pensamiento y una práctica en salud diferentes, con un gran potencial transformador.

En el intento de buscar opciones para el abordaje de la problemática señalada, se conforma el grupo de trabajo denominado Núcleo Estratégico para la Enseñanza de la Salud Pública (NEESP) con el propósito fundamental de **promover y fortalecer la enseñanza de la salud pública** en los niveles de pre y posgrado, articulando un proyecto colectivo de desarrollo de propuestas académicas de mayor alcance.

La continuidad durante un año de trabajo conjunto de este grupo de profesionales de dimensión multidisciplinaria, de temperamentos diversos, con experiencias diferentes y con alguna disensión en cuanto a métodos de trabajo, ha permitido la coherencia interna de este equipo.

El recién iniciado proceso rescata la idea del "tiempo de construcción", de incitación a la creación de una real integración del binomio estudio-trabajo que permita legitimar una práctica de la salud pública comprometida, democrática, colectiva, integral y fundamentalmente dirigida a ejercer un impacto frente a problemas de salud priorizados.

LA SITUACION OBJETO DE TRANSFORMACION

Las circunstancias particularmente difíciles que vive el país, derivadas de un sinnúmero de privaciones económicas y de cambios socio-

políticos complejos, vienen a agravar los problemas del sistema formador que nunca fueron enfrentados ni resueltos. De manera particular, nos encontramos con una práctica de la enseñanza de la salud pública deteriorada, con poca capacidad de construcción de un nuevo pensar en salud, que brinde respuestas diferentes a la actual problemática y a la crisis de un modelo hegemónico en salud desgastado y empobrecido.

La evaluación de egresados de la Facultad y el análisis de los programas académicos del área, explican la formación de un recurso humano con poca capacidad resolutoria de los problemas de salud colectivos, con limitada capacidad de producción de conocimiento crítico y con una excesiva orientación hacia la especialización. Esta oferta educativa tiene además un carácter fragmentario y anárquico, con bajos niveles de exigencia y una marcada tendencia a la reproducción del modelo dominante de la práctica en salud.

Lo anterior se expresa en los siguientes problemas específicos identificados a través del tiempo por diferentes grupos de trabajo (2-4):

1. Permanencia de una estructura curricular rígida, que dificulta la relación docencia-investigación-servicio-población, con planes de estudio desvinculados de la realidad sanitaria nacional y basados en postulados filosóficos educativos que se sustentan en la transmisión de conocimientos aislados y fraccionados y en el aprendizaje individualizado, carente de retroalimentación y seguimiento.
2. Predominio de enfoques epidemiológicos tradicionales, con un fuerte contenido clínico, que priorizan las causas biológicas individuales de la enfermedad y que, por tanto, soslayan la relación de estas con los procesos sociales.
3. Poca capacidad por parte de los docentes de la administración (producción, difusión y utilización) del conocimiento en salud, lo que se evidencia en una limitada práctica investigativa y en la ausencia de líneas de investigación definidas en la Facultad.
4. Ausencia de reuniones colectivas de programación de las asignaturas que permitan la actualización de la enseñanza en términos de objetivos, contenidos, prácticas, bibliografía, necesidades de investigación, así como de métodos pedagógicos.
5. Dificultad de capacitación y actualización de los docentes y del personal administrativo, así como falta de incentivos y estímulos que impiden mayor dedicación de todo el personal.
6. El desarrollo del aprendizaje de docentes y alumnos se ve limitado por el escaso material bibliográfico sobre salud pública y medicina social con que cuenta el Centro de Documentación de la Facultad.

7. Escaso desarrollo administrativo y de la infraestructura académica, así como grandes deficiencias de apoyo logístico y ausencia de políticas de captación de recursos.

La situación expuesta explica, y a la vez condiciona, el escaso desarrollo técnico, administrativo y político del Departamento de Salud Pública y pone a relucir la ausencia de un proyecto de desarrollo del mismo.

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS PARA EL CAMBIO

El análisis situacional realizado inicialmente por los docentes agrupados en el NEESP en noviembre de 1990 (3), facilitó la apertura hacia un crecimiento conjunto y paulatino del colectivo, a través del trabajo en equipo y de la articulación, cada vez mas sólida, de propuestas de cambio viables.

Hasta el momento estas propuestas se expresan en un plan de desarrollo técnico, administrativo y político del Departamento de Salud Pública como instancia donde se concreta la práctica de la enseñanza, objeto último de transformación.

En este sentido, los esfuerzos del NEESP estarían dirigidos a lograr fundamentalmente, y como forma de contribuir a la construcción de una nueva visión en salud, la consolidación de una estructura curricular diferente, que incorpore la reflexión sobre la compleja y heterogénea realidad de salud al proceso de formación de los recursos humanos.

La nueva estructura implicaría la adopción de un modelo pedagógico que fomente una práctica de enseñanza-aprendizaje participativa y democrática, capaz de desarrollar la creatividad, criticidad, disposición de servicio y la capacidad de generar respuestas viables de los actores que intervienen en el proceso: estudiantes, población, profesores, personal del servicio, etc.

La prospectiva requiere, entonces, de una instancia académica sólida que pueda asumir un papel activo y exitoso frente a los retos planteados, que buscan en definitiva, contribuir a elevar las condiciones de salud de la población dominicana.

En este contexto, el NEESP ha identificado algunos lineamientos, inscritos dentro del marco del "Rediseño curricular" impulsado por la Facultad y la Universidad, que permiten orientar su acción futura, los cuales se expresan a continuación a manera de objetivos (5-6):

1. Crear un espacio de reflexión y debate en torno a los aspectos conceptuales, metodológicos y políticos de la enseñanza de la salud pública, enfatizando la necesidad de alcanzar la integración de las ciencias sociales en la conceptualización y práctica de la docencia.

2. Fortalecer técnica y administrativamente el Departamento de Salud Pública de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UASD.
3. Estimular el crecimiento del Departamento de Salud Pública para que funcione como un eje motor y posible articulador del proceso formativo de las diferentes carreras de ciencias de la salud en la UASD.
4. Capacitar y formar el personal necesario para motivar y construir este proceso.
5. Participar en la gestión y coordinación del programa de educación permanente para docentes del área y de otros programas y proyectos que surjan de los diferentes colectivos de docentes y alumnos.
6. Apoyar al Departamento de Salud Pública en el desarrollo de modelos pedagógicos innovadores que lleven al estudiante a encarar su realidad y construir alternativas de solución viables para la problemática de salud colectiva, objeto de estudio-transformación del trabajo docente-asistencial.
7. Apoyar al Departamento de Salud Pública en los procesos de articulación del pre y posgrado, propiciando un nuevo plan de estudios que oriente la formación en ambos niveles con la incorporación de las nuevas herramientas teóricas-metodológicas que impulsen el logro de la salud para todos.
8. Impulsar el proceso de apertura del Departamento de Salud Pública al interior de la Facultad y hacia el seno mismo de la sociedad dominicana a través de sus distintas instancias y la creación de estrategias innovadoras que faciliten dicho proceso.

ALCANCES DEL TRABAJO REALIZADO

La posibilidad de fortalecer la enseñanza de la salud pública en la universidad estatal, y el impulso hacia un proyecto más abarcador en el país en etapas posteriores, ya está avanzando. Algunas acciones se han concretado dentro de esas líneas estratégicas identificadas, y empiezan a verse sus resultados:

A nivel técnico se ha iniciado un programa de educación permanente para docentes de salud pública que ha venido fortaleciendo los procesos de cambio requeridos en la práctica educativa en los niveles de pre y posgrado.

Por otra parte, la propuesta global de rediseño curricular de la Facultad, aprobada en principio, prioriza una metodología problematizadora, expresada en ejes de estudio-trabajo a lo largo de toda la carrera y para cada una de las cinco carreras de la Facultad y establece que el De-

partamento de Salud Pública constituya la instancia coordinadora de las actividades que orienten la formación en salud en función del proceso de salud-enfermedad como objeto de estudio y transformación.

Esta propuesta coloca ya al Departamento, y al NEESP en particular, en una nueva posición para la construcción de la capacidad institucional hacia la concreción de un planteamiento educacional con orientación estratégica, mirando hacia el futuro.

La apertura de un espacio de trabajo alcanzado por el NEESP con apoyo de las autoridades universitarias y el alto reconocimiento de docentes y estudiantes de las diferentes escuelas han permitido la elaboración de los lineamientos generales para las modificaciones de los dos niveles de enseñanza: pregrado y posgrado.

En este sentido pueden identificarse como logros inmediatos la evaluación y regularización del actual programa de Maestría en Salud Pública (7) y el planteamiento de una nueva organización para el Posgrado que unifica los dos programas actuales de maestrías (salud pública y salud ocupacional) en un solo programa con tres perfiles de salida o salidas paralelas (epidemiología, administración y salud ocupacional) (8).

En relación al pregrado se inició en julio de 1991 la ejecución de una propuesta académica que intenta redefinir las prácticas de las asignaturas de epidemiología y medicina preventiva, desarrollando una experiencia de trabajo comunitario en un área de la zona urbana de Santo Domingo (9-10).

A nivel político el Departamento de Salud Pública ha aumentado su presencia en la Facultad a través de distintas estrategias de desarrollo, dentro de las cuales se destaca el programa de educación permanente. Este ha logrado un gran impacto en cada una de las escuelas de ciencias de la salud y en la Universidad en general, tanto como ámbito de concertación, como de legitimación en torno a algunas propuestas de cambio que se han enunciado. Además, los docentes involucrados empiezan a incorporar nuevos conocimientos científicos y herramientas pedagógicas innovadoras en su práctica educativa que plantean una forma diferente de aprender en salud.

Por otra parte, el Departamento de Salud Pública a través del NEESP ha venido colaborando en los procesos de rediseño curricular de otros departamentos, en particular los de farmacia y odontología, colaboración requerida por estos departamentos de acuerdo a sus necesidades y en función de los avances observados en las propuestas de transformación planteadas.

En relación con la necesaria apertura al diálogo permanente de colaboración técnica para el desarrollo de la enseñanza de la salud pública, se ha priorizado el fortalecimiento de las relaciones con otras instituciones tanto a nivel nacional, en especial con la SESPAS (Secretaría de Estado de

Salud Pública y Asistencia Social) y algunas universidades, como en el plano internacional (PASCAP-OPS/OMS, ECO, Universidad de Madrid, Club Rotario Internacional).

Como uno de los mayores esfuerzos en el proceso de fortalecimiento de las relaciones de cooperación técnica internacional el NEESP organizó y coordinó en abril de 1991 junto con el PASCAP/OPS-OMS la reunión de un Grupo de Trabajo para el Fortalecimiento del Liderazgo de las Escuelas de Salud Pública de Centroamérica y República Dominicana. En esta reunión se formularon los lineamientos generales de un Proyecto Subregional de desarrollo de la enseñanza de la salud pública y se lograron las bases políticas de sustentación de ese proyecto con la firma de un acuerdo entre las escuelas participantes (**La Carta de San Pedro de Macorís, República Dominicana**).

A nivel administrativo se han producido ya algunas modificaciones que establecen las condiciones materiales mínimas para los cambios propuestos, como son: la **prolongación del tiempo de la docencia** con la ampliación de las asignaturas de trimestres a semestres; lo que permite a los estudiantes duplicar su tiempo de dedicación al aprendizaje de la salud pública; la **creación de bloques de docencia**, que permiten integrar en un mismo equipo de trabajo educativo al profesor, al ayudante y al monitor, en los distintos espacios de las asignaturas (teoría, seminario y prácticas); el **aumento y redistribución del personal docente** en los espacios de práctica y teoría; la **creación de nuevas formas de contratación**, dirigidas fundamentalmente a actividades de planificación, supervisión y evaluación del proceso académico y, finalmente, la **articulación de un equipo docente interdisciplinario**, que trata de integrar los distintos departamentos de la Facultad en la realización de una experiencia educativa con los estudiantes de las distintas carreras, a iniciarse a nivel micro en el próximo semestre con odontología y farmacia.

Por otro lado, siendo la poca capacidad financiera un problema central, el Departamento está intentando establecer una política de **búsqueda de mecanismos de financiamiento alternativos para la docencia**. En este sentido, actualmente se ejecuta un proyecto de investigación sobre prevención de dengue con participación comunitaria y con financiamiento externo.

Los avances logrados hasta el momento a pesar de la profunda crisis de fe en el futuro que vive el país, y la disposición firme de trabajo del conjunto de compañeros que conforman el Núcleo Estratégico para la Enseñanza de la Salud Pública, demuestran, de manera objetiva, la posibilidad de participación de las instancias formadoras de recursos humanos en el diseño de estrategias. Estas deben apuntar a la construcción de nuevos parámetros para el abordaje de la salud pública como enseñanza y como práctica, y facilitar la creación de nuevas formas de articulación entre la

Universidad y la sociedad, cuyos propósitos prioritarios **se enmarquen siempre en el alcance de la salud de la población dominicana.**

La formación y consolidación de grupos de trabajo comprometidos con la lucha por el bienestar de nuestros pueblos y con la búsqueda de una nueva identidad de la salud pública podría constituir una experiencia generadora de luz y de caminos a seguir sobre todo en los momentos de profunda crisis que viven nuestros países.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- 1 NEESP. Informe del Grupo de Trabajo para el Fortalecimiento de Liderazgo de las Escuelas de Salud Pública de Centroamérica y República Dominicana. Abril de 1991.
- 2 Guerrero, F. y Robles, D. Programa de educación permanente para profesores y monitores de salud pública. Octubre de 1990.
- 3 Relatoría del Grupo de Trabajo sobre la Enseñanza de la Salud Pública en la Universidad Autónoma de Santo Domingo. Asesoría de los Drs. S. Franco y E. Granda, Consultores de la OPS/OMS. Santo Domingo, noviembre de 1990.
- 4 NEESP. Propuesta organizativa del Núcleo Estratégico para la Enseñanza de la Salud Pública. Febrero de 1991.
- 5 Guerrero, F. Avances en Educación Permanente en la República Dominicana. Grupo de Trabajo para Fortalecimiento de Liderazgo de las Escuelas de Salud Pública. Ponencia. Abril de 1991.
- 6 Quezada, T. Análisis de situación y plan de desarrollo de la enseñanza de la salud pública en la UASD. Grupo de Trabajo para Fortalecimiento de Liderazgo de las Escuelas de Salud Pública. Ponencia. Abril de 1991.
- 7 NEESP. Propuesta de reorientación de la actual práctica de enseñanza de la salud pública en la carrera de medicina. Asesoría de la Lic. Y. Arango, Consultora de la OPS/OMS. Mayo de 1991.
- 8 Evaluación de la situación actual de la Maestría en Salud Pública, UASD. Informe de la Comisión Evaluadora. Junio de 1991.
- 9 NEESP. Propuesta de modificación académica, Departamento de Salud Pública. Asignaturas de la cátedra de medicina preventiva y social: Ecología humana y medicina preventiva. Junio de 1991.
- 10 NEESP. Propuesta de modificación académica de posgrado de salud pública. Septiembre de 1991.

RESEÑA

GRUPO DE TRABAJO SOBRE EVALUACION DE LOS POSGRADOS EN MEDICINA SOCIAL. RELATORIA GENERAL¹

INTRODUCCION

Con el objetivo de analizar el trabajo realizado, el estado actual y presentar propuestas de reformulación de los posgrados de medicina social de las Universidades del Estado de Rio de Janeiro, Brasil, de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, de México, y el posgrado de investigación y administración en salud de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central de Quito, Ecuador, se realizó en la Ciudad de Valencia, Venezuela un Grupo de Trabajo entre el 12 y 15 de marzo de 1991. El Grupo de Trabajo, organizado y financiado por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud y realizado con la colaboración local de la Universidad de Carabobo, se proponía además suministrar a la OPS elementos para orientar su acción futura en el campo de los posgrados en salud colectiva y medicina social en un momento en que se vienen generando nuevas propuestas. Se seleccionaron los tres posgrados indicados por considerar que dado su reconocimiento y significado entre los existentes en la Región, servirían como base para orientar trabajos similares posteriores en otros programas.

Dentro del plan de trabajo, cada uno de los posgrados había realizado previamente y con los auspicios de la OPS su propia autoevaluación por parte de cada uno de sus tres estamentos básicos: alumnos, exalumnos y profesores y directivos. Conviene anotar que la Maestría de la UAM-Xochimilco había iniciado ya por iniciativa propia su proceso autoevaluativo. Los documentos producidos en tales autoevaluaciones se des-

¹ La Reunión del Grupo de Trabajo, organizada y financiada por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS, tuvo lugar del 12 al 15 de marzo de 1991 en Valencia, Venezuela.

criben en el presente relato general. Cada uno de los estamentos de las tres Maestrías seleccionadas eligió democráticamente un representante para participar en el Grupo de Trabajo (GT). Su lista completa es la siguiente:

Por la Maestría del Instituto de Medicina Social de la Universidad del Estado de Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro:

Profesora Madel T. Luz
Exalumno Benilton Becerra
Alumno Jorge Cherker G.

Por la Maestría de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Xochimilco, México:

Profesora Angeles Garduño A., Coordinadora actual
Profesor Manuel Outon Lemos
Exalumna Elsa Julita Veites A.
Alumna Leticia Burgos O.

Por el posgrado de la Universidad Central de Quito, Ecuador:

Profesor Edmundo Granda, Coordinador actual
Exalumno Rubén Paez
Alumno Raúl Mideros

Participaron como asesores los Drs.: Eduardo Menéndez, Roberto Passos Nogueira y Leonardo Montilva.

La Coordinación estuvo a cargo del Dr. Saúl Franco, Consultor temporero del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS.

El programa de trabajo se desarrolló íntegramente y comprendía tres momentos principales: el primero, de presentación de las autoevaluaciones (un día); el segundo de análisis crítico (dos días) y el tercero de formulación de propuestas (un día). Adicionalmente, y a pedido de las autoridades universitarias locales, se dedicaron algunas sesiones a la discusión de proyectos de posgrado de la Universidad de Carabobo y a la socialización de los contenidos del GT.

El relato siguiente pretende sintetizar los principales aspectos presentados y discutidos durante la reunión, tratando de resaltar y especificar tanto los de mayor confrontación y debate, como aquellos en que había mayor acuerdo. Por disponer de los textos de las autoevaluaciones previas, cuya síntesis se presentó a los participantes en el primer día de trabajo, solo se incluyen los enunciados de los aspectos más destacados. El presente Relato General ha sido elaborado por el Dr. Saúl Franco con base en las relatorías parciales, presentadas por los Drs. Manuel Outon, Edmundo Granda, Raúl Mederos, Leticia Burgos y Maria de los Angeles Garduño; en los documentos presentados, los resúmenes de las discusiones y en los comentarios hechos por los asistentes a una versión preliminar de esta Relatoría.

PRESENTACION DE LAS EVALUACIONES POR PROGRAMA Y POR ESTAMENTO

Maestría en Medicina Social. IMS-UERJ-Rio de Janeiro

Perspectiva profesoral

La Maestría inició actividades durante la dictadura militar y surgió dentro de la búsqueda de respuesta a la realidad sanitaria nacional. Fue muy importante el aporte de las corrientes de pensamiento progresista en salud en la época y de personalidades como Juan César García, Michel Foucault y María Cecilia Donangelo. Igualmente fue importante el papel cumplido por la Fundación Kellogg y por la OPS.

Con la transición democrática que ha vivido el país se produjo una ampliación del espacio político. Varios docentes de la Maestría asumieron funciones técnico-administrativas dentro del aparato estatal y trataron de facilitar el espacio para el proyecto globalmente conocido como de Reforma Sanitaria, cuyas realizaciones y limitaciones han estado estrechamente vinculadas en el país a la corriente de salud colectiva. Tanto los movimientos del cuerpo docente y de algunos exalumnos como la trayectoria de la Reforma Sanitaria han impactado la Maestría hasta el punto de agudizar su propia crisis de identidad.

En la actualidad existe una especie de confrontación entre quienes sustentan la prioridad académica del proyecto y quienes defienden la prioridad de la orientación y los objetivos predominantemente políticos del mismo. Sin ser en la realidad una confrontación antagónica o excluyente, puede decirse que va tomando mayor fuerza la propuesta de predominio académico. Simultáneamente se da en la Maestría una cierta estratificación entre el sector de profesores más antiguos y el de los más nuevos, y un progresivo distanciamiento entre el estamento profesoral y el estudiantil. Se da igualmente otra tensión entre quienes defienden una cierta tendencia a la especialización dentro del campo de la salud colectiva y quienes sostienen una formación más global que equilibre los aspectos técnico-políticos y académicos.

Progresivamente el programa se ha dividido, constituyéndose tres departamentos: uno de planificación y administración de salud; uno de epidemiología y otro de ciencias humanas en salud.

Existe la percepción, relativamente generalizada, de que el discurso político de oposición que asumieron las ciencias sociales en salud ha sido derrotado por la historia. La derrota es de la práctica política, no del pensamiento. En la actualidad hay la tendencia a creer que el discurso científico y particularmente el epidemiológico en el campo de la salud tiene

mayor eficacia política. Tiene entonces validez la pregunta fundamental de si en la actualidad tiene o no vigencia un proyecto de salud colectiva.

Perspectiva de los exalumnos

Se identifica un triple contexto en el surgimiento de la Maestría: el de la realidad brasilera; el de los diferentes campos y enfoques de la salud colectiva, y el del Instituto de Medicina Social (IMS) de la UERJ. El proyecto original del IMS era muy adecuado para la realidad brasilera de 1974. Había un gran consenso entre profesores y alumnos en torno al proyecto, con una clara primacía de contenidos y objetivos políticos.

La apertura democrática del país y el consiguiente ingreso de profesores y egresados de la Maestría al aparato estatal plantean una crisis global en el proyecto. Se reconoce que ha fallado la utopía posible y se plantea la necesidad de alternativas más realistas. Surgen entonces dos grandes alternativas: o tender hacia la especialización por sub-áreas, reafianzando, por ejemplo, la epidemiología, o tender hacia la diversificación y la redefinición del campo, acogiendo también un real pluralismo político. Más que de medicina social, se habla entonces de salud colectiva (reconocida como campo y no como objeto específico de conocimiento). La Maestría, en consecuencia, ha cambiado recientemente su nombre, asumiendo el de salud colectiva. Esta especie de nueva maestría requiere otra estructura que actualmente trata de crearse, más democrática, más diversa, más participativa y con mayor institucionalización (de ahí la departamentalización y el establecimiento de cuerpos representativos). Hoy la demanda a la Maestría es más de eficiencia y respuesta profesional concreta que de tipo político.

Perspectiva estudiantil

Se resalta la coincidencia con las perspectivas profesoral y de exalumnos en relación con la historia y el contexto de la Maestría. Se destaca, además, el impacto y las nuevas preguntas y problemas que los cambios ocurridos en el país tanto en el campo economicosocial, como en el escenario político, en el perfil demográfico, en el cuadro nosológico y en la organización del sistema de salud, han planteado a la Universidad en general y a la Maestría en MS en particular. Se reconoce que los cambios introducidos en el programa, anteriormente relatados, constituyen un intento de respuesta a tales cambios y demandas. Enfatiza la departamentalización y la flexibilidad dadas al programa por los recientes cambios curriculares que permiten que, a partir de un amplio contacto del educando con diferentes temas, líneas y proyectos, pueda definir su área de especialización, teniendo en cuenta su campo de interés. Este modelo ha significado

también cambios importantes en el perfil de los candidatos a la Maestría y en las posibilidades de rearticulación profesional al terminar el programa.

Maestría en Medicina Social. UAM-Xochimilco. México

Perspectiva de la coordinación

Identifica tres tipos de problemas centrales en la Maestría: los de la MS, los del modelo educativo, y los internos de la Maestría. Especifica, entre otros: las dificultades de la aplicación del sistema modular —eje central de la propuesta pedagógica original de la Maestría— y de la interdisciplinariedad; el difícil equilibrio entre la formación de una sólida conciencia crítica y una adecuada capacitación técnica; las dificultades para lograr una participación equilibrada de los profesores en los campos de la investigación, los servicios y la docencia; la escasa relación aún existente entre el pregrado y el posgrado en la Universidad, a pesar de haber sido uno de los elementos de la propuesta original; la extinción en la práctica de áreas tan importantes como la de recursos humanos, para la cual existe aún una gran demanda entre los estudiantes; las dificultades para hacer de la investigación el eje integrador y para lograr articularla con el proceso modular; las limitaciones salariales del profesorado que le impiden una mayor dedicación al programa y a los alumnos, a pesar de ser la Maestría una de las áreas en las cuales los docentes mantienen aún su dedicación exclusiva; y el relativo aislamiento de la Maestría tanto al interior de la Universidad como en relación con otras instituciones como los servicios de salud y otras organizaciones sociales.

Entre las propuestas preliminares y sintomáticas del grupo profesoral o el grupo de exalumnos se señalaron la constitución de un Grupo Asesor; el establecimiento de áreas fijas de investigación; la iniciación de un proceso continuo de evaluación interna y la no aceptación de alumnos para el período 1991–1992 con el fin de concentrar todos los esfuerzos del profesorado en la reestructuración de la Maestría.

Perspectiva profesoral

Señala una triple tensión en la Maestría:

- Una tensión teórico-epistémica cuyos componentes fundamentales se refieren al agotamiento de la denuncia y al uso indebido del marxismo, justamente con una finalidad predominantemente de denuncia; la relación biológico-social aún insuficiente y no siempre correctamente desarrollada y trabajada en los contenidos docentes e investigativos de la Maestría; y la relación

también insuficientemente trabajada entre el sujeto y el colectivo, habiéndose enfatizado lo colectivo con detrimento de la valoración del nivel subjetivo.

- Una tensión pedagógica manifestada, entre otros elementos, por la falta de actualización didáctico-pedagógica, por la progresiva desintegración de los grupos de estudiantes cuya composición ha cambiado de manera importante, y por el desequilibrio entre la investigación y la docencia.
- Una última tensión está relacionada con el progresivo y acelerado deterioro de las condiciones de vida y de trabajo tanto de los profesores como de los estudiantes.

Perspectiva de los exalumnos

Los elementos señalados surgen fundamentalmente de una reunión de exalumnos convocada por la Maestría en octubre de 1990. Enfatiza algunos problemas académicos, entre ellos: la insularidad modular, que resulta en una negación práctica del modelo; la dependencia existente en los temas y contenidos del programa en relación con los enfoques e intereses de los profesores; la ausencia de áreas como recursos humanos y salud mental; el predominio del discurso teórico, frecuentemente repetitivo e inconsistente, frente a elementos técnicos y aplicativos, lo cual se correlaciona con cierta idealización y con el dogmatismo. Entre los problemas pedagógicos se señalan: una hiperescolarización del programa, una creciente dificultad en las relaciones grupales y en el sano equilibrio entre lo grupal y lo individual en los diferentes momentos del proceso pedagógico, y el aislamiento, ya anotado, del programa.

En cuanto a las condiciones de los egresados se resalta el hecho de que buena parte de ellos vuelven al mismo sitio de trabajo pero sin competencia adicional, y una creciente crisis de expectativas tanto de parte de las instituciones que envían a su personal a formarse en la Maestría como de parte de los propios egresados. Con todo, se reconoce una actitud predominantemente positiva de los egresados hacia el programa.

Perspectiva estudiantil

Concordando en buena medida con las posiciones señaladas por los demás estamentos de la Maestría, anota: grandes deficiencias en la actual relación docente-alumno; falta de vida orgánica entre los estudiantes, quienes a su vez padecen la problemática general propia de la medicina social; desequilibrio en la formación de los profesores, y algunos indicios de deserción escolar.

Posgrado en investigación y administración en salud, Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEIAS), de la U. Central de Quito, Ecuador

Perspectiva profesoral

Es un programa más reciente, generado por la Universidad Central y asumido en buena medida por el Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS), que recibe la intervención de los organismos que lo financian, lo apoyan y le exigen (entre ellos el Ministerio y los Servicios de Salud, el Seguro Social). Tiene entonces diferencias fundamentales con los posgrados de México y Rio de Janeiro, y vive una especie de esquizofrenia en su identidad y su actuación y padece serias dificultades tanto administrativas como financieras, con una gran debilidad estructural e institucional.

La modernización del Estado ecuatoriano y el acelerado proceso de privatización de los servicios de salud han creado la necesidad de un curso práctico de administración orientado a la eficiencia y eficacia en la gestión de las instituciones y servicios de salud. Existe consenso en que ha habido en el curso un franco predominio de los contenidos teóricos sobre los elementos técnicos y la formación y experimentación de destrezas necesarias para la acción. Se le plantea entonces al CEIAS una situación crítica: ¿mantener su contenido y orientación teórico-crítica, o ceder a la eficiencia? ¿Radicalizarse? ¿Mediatizar? ¿Integrar? No parece salvarlos ni solo la política ni solo la academia. Posiblemente ambas.

El curso ha vivido crónicas carencias económicas, de recursos humanos, de planta física, de instrumentos y material de apoyo, agudizadas recientemente hasta límites insostenibles.

En la fase preparatoria de este Grupo de Trabajo se dió una amplia movilización entre directivos, profesores, alumnos y exalumnos del posgrado. Se realizó una encuesta que comprendió tanto a los estamentos enunciados como a las instituciones financiadoras. Se realizó, además, con financiación de la OPS, un Taller de evaluación al cual asistieron aproximadamente 90 personas y se tiene ya programada una reunión posterior.

Perspectiva de los exalumnos

La exposición se basó en la presentación de las principales conclusiones de la encuesta anteriormente enunciada. Se destacan aquí algunos aspectos de la misma.

Se enfatiza la extrema limitación de todo tipo de recursos, lo cual plantea preocupaciones acerca de la propia sobrevivencia del proyecto. Además, lógicamente, reduce las posibilidades de acción de los profesores y de aprovechamiento y formación de los estudiantes.

A pesar de las dificultades, el posgrado ha ganado respetabilidad entre las instituciones que lo financian. Se reconoce en especial la formación teórica sólida. De hecho la epidemiología crítica ha sido el eje articulador del programa. Además, ha habido un esfuerzo serio por incrementar las actividades de salud del posgrado con las organizaciones populares. Los egresados reconocen una buena capacidad para analizar la problemática sanitaria, que contrasta con una relativa incapacidad para diseñar y ejecutar acciones orientadas a transformar dicha problemática.

Destacan los egresados la incongruencia entre la planificación establecida y la programación realizada, quedando esta última muy por debajo tanto de la planificación como de las expectativas al momento de ingresar al curso. Tienen una percepción mayoritaria de que las relaciones profesor-alumno son democráticas, mientras las relaciones alumno-alumno padecen de competitividad.

En relación a las 10 disciplinas que constituyen el contenido académico del curso, a saber: ciencias sociales y salud; economía política; teoría del conocimiento y método; salud laboral; estadísticas y técnicas de apoyo; administración en salud; epidemiología especial; estado y salud; pedagogía y didáctica, y salud y cultura, las evaluaciones de los egresados varían de una generación a otra y establecen diferenciales tanto por disciplinas como en el balance teórico-práctico de cada una.

Con respecto a su lugar de inserción posterior, la inmensa mayoría se encuentra en el Ministerio de Salud, en el Instituto Ecuatoriano de los Seguros Sociales, en la Facultad de Ciencias Médicas, y en algunas ONGs. Todos los egresados reclaman módulos de educación continua, en especial en administración de salud y estadística y técnicas de apoyo.

Más de la mitad de los exalumnos (54,5%) ha escrito varios artículos o libros después de su egreso, con marcado predominio (85,3%) en el campo de la epidemiología.

Por su parte los directivos de las instituciones en las cuales trabajan los egresados consideran mayoritariamente (70,0%) que, al reintegrarse, los exalumnos hacen aportes importantes y demuestran capacidad para aplicar sus conocimientos, en especial en los campos de la metodología de investigación, la epidemiología y la administración.

Perspectiva estudiantil

Coincide en gran medida con los planteamientos surgidos de la evaluación antes expuesta. Enfatiza algunos puntos, entre ellos: la inexistencia en el país de un mercado de trabajo para investigadores; la falta de una base legal y de legitimidad institucional del posgrado, lo cual genera una gran inestabilidad, y un cierto proceso de adoctrinamiento a lo largo

del proceso formativo que debe sustituirse por una formación de base científica más sólida.

ANALISIS CRITICO

De los contextos de origen al contexto actual

Este primer elemento de la discusión buscaba tratar de analizar los contextos en los cuales surgieron los posgrados, y el contexto actual, tratando de identificar tanto la especificidad y particularidades de los proyectos como, en especial, si se adecúan o no a las situaciones y demandas de salud, académicas, pedagógicas y políticas actuales.

Se enfatizó, en primer lugar, la diversidad de los contextos nacionales en los cuales se generaron y aún se desenvuelven los diferentes proyectos. Mientras en el Brasil surgió predominantemente como un proyecto académico-político en un momento de un régimen militar autoritario, en México surgió principalmente como una alternativa tanto teórica a la conceptualización dominante en el campo de la salud, como pedagógica dentro de un nuevo proyecto universitario, y en el Ecuador surgió en la encrucijada de intereses del Ministerio de Salud y las instituciones financiadoras que requerían recursos humanos de mayor nivel, de la Universidad Central que ofrecía el espacio académico, y de la propuesta teórico-crítica del Centro de Estudios y Asesoría en Salud.

El contexto actual ofrece muchos elementos comunes y, por supuesto, plantea nuevas especificidades nacionales. Los tres proyectos enfrentan hoy los cambios teóricos, económicos y políticos del escenario internacional ya enunciados anteriormente, y los replanteamientos en el propio campo de la medicina social que trata de identificar con mayor precisión su campo y sus posibilidades e imposibilidades. Enfrentan igualmente los desafíos del proyecto neoliberal y sus consiguientes consecuencias en términos de procesos de privatización, tecnocracia, disminución del gasto público, descrédito de la acción estatal y pública. Y son también comunes los problemas en el campo pedagógico que van desde las carencias o negaciones de una ética pedagógica hasta la imposibilidad de la implementación de las propuestas innovadoras debido a las carencias y limitaciones de recursos, a la desvalorización de la labor docente y a las nuevas condiciones materiales de vida y expectativas profesionales tanto para el profesorado como para los estudiantes de las Maestrías.

Respecto al posgrado del Ecuador se debatieron en este punto de los contextos tres aspectos específicos. En primer lugar la relación del posgrado con las organizaciones sociales, en especial sindicatos y movimientos populares. Se aclaró que en su primer quinquenio el proyecto estuvo muy centrado en la reflexión teórico-política, abriéndose, a partir

de entonces a una mayor relación tanto con movimientos populares como con sindicatos. En este último campo los logros han sido pocos hasta el presente, pero con los movimientos populares se ha avanzado hacia el logro de su participación democrática y a proponer algunas alternativas de respuesta en lo relacionado con los servicios de salud. Se debatió en segundo lugar si le sería posible al posgrado hacer en el campo de la interpretación y la acción en los servicios de salud un papel tan importante como el que ha cumplido en el campo de la epidemiología. Se comentó que efectivamente el posgrado está buscando explicar la relación investigación-docencia-servicios en tal forma que permita entender mejor la relación entre el proceso salud-enfermedad, la epidemiología, la planificación, la prestación de servicios, las actividades finales y la calidad de las diferentes acciones sanitarias. Pero el proceso es difícil y choca con múltiples dificultades, entre ellas la del desbalance en la formación del profesorado a cargo del programa. Finalmente se discutió, con relación al CEIAS, la tensión entre los elementos internos y los externos en la dinámica del posgrado. En realidad toda la trayectoria del programa ha vivido una doble tensión.

Internamente el posgrado partió de una serie de planteamientos teóricos que presentaban hipótesis explicativas sobre las determinaciones y la distribución de la salud-enfermedad en el país, la relación de la configuración clasista con el perfil de salud-enfermedad, la problemática del espacio y su relación con la salud, y muchos otros. Y desde su comienzo, el programa vivía también la demanda de respuestas puntuales y acciones concretas para los servicios de salud, reconociéndose que en un principio tales demandas no recibieron la atención debida dada la prioridad que se daba al debate teórico-político. Hoy trata de buscarse un equilibrio, manteniendo la seriedad teórico-metodológica, vinculándose más orgánicamente a diferentes movimientos sociales tales como los sindicales, populares, indígenas, de mujeres, etc, y creando un mayor acercamiento a los problemas específicos de la planificación, administración y evaluación de los servicios de salud.

En el caso de la Maestría de la UAM-X, la discusión sobre el contexto se refirió principalmente al desarrollo de su modelo pedagógico, a su respuesta a las necesidades de los servicios de salud, a su concentración en la problemática de la salud y el trabajo y a la problemática del poder, tanto en el campo de la salud en general, como en el de la Maestría en particular. Se reconoció la dificultad para realizar el proyecto modular y el progresivo aislamiento del programa aún dentro de la propia Universidad. Al mismo tiempo, la necesidad de configurar su identidad y ganar un espacio, le han limitado su acercamiento a los servicios de salud, agravándose aún más la situación por el progresivo desaparecimiento de la problemática de recursos humanos en la Maestría, a pesar de frecuentes demandas tanto estudiantiles como de las instituciones prestadoras de ser-

vicios. Si bien recientemente, y en respuesta a demandas sociales y a disponibilidades e intereses profesoriales, se han ido abriendo otros temas de trabajo e investigación, aún persiste el predominio de la temática de salud y trabajo. La cuestión del poder se retomará en la última parte del análisis crítico.

Acogiendo la división por décadas empleada por los participantes del Brasil, se propuso una matriz de análisis global que desarrollara en cada una de las tres décadas consideradas (la de 1970, 1980 y la actual), los siguientes contextos: científico-técnico, sanitario, pedagógico y económico y político-social. Sin pretender completar la matriz analítica, y a conciencia de su carácter preliminar y de los riesgos propios de las generalizaciones, se señalaron algunos elementos, de los cuales se anotan los siguientes:

- En el contexto científico-técnico se destacaron los grandes cambios ocurridos durante las décadas en consideración tanto en las ciencias sociales como en las bionaturales y, especialmente en las llamadas ciencias básicas. Se reconoció el uso segmentario y no siempre adecuado de la economía política, la sociología y la antropología, con el agravante de recurrirse para su tratamiento a profesionales del área de la salud con simpatía e interés por tales disciplinas pero no siempre suficientemente capacitados para hacerlo. Disciplinas como la historia, en cambio, han estado prácticamente marginadas de los posgrados en estudio. Por su parte las ciencias médicas han tenido en las últimas décadas grandes desarrollos en campos como la ingeniería genética, la inmunología, la biofísica, la bioenergética, con las consiguientes transformaciones y aplicaciones tecnológicas. La MS, a pesar del interés y de los múltiples esfuerzos realizados por varios grupos en condiciones muy difíciles, no ha logrado acompañar suficientemente estos desarrollos, manteniendo con frecuencia su discusión alrededor de temas y disciplinas en parte superados y perdiendo la posibilidad de abordar y plantear con más cientificidad asuntos de mayor prioridad y actualidad. La propia temática médico-social ha enriquecido preferentemente algunos campos como el de la epidemiología, el de la salud y el trabajo, y el de estado y políticas de salud, logrando menores avances o dejando casi desprotegidos temas como la salud mental, la cuestión ambiental, la bioética.
- En el contexto de salud se destacaron las grandes transformaciones ocurridas en las condiciones de enfermar y morir, en los perfiles epidemiológicos regionales y nacionales y en la estructura y dinámica de los servicios de salud. Ni las maestrías de medicina social ni varias otras instancias sanitarias han logrado integrar e interpretar suficiente y oportunamente tales trans-

formaciones o analizarlas críticamente, o proponer las alternativas requeridas, si bien es cierto que han impulsado y alimentado un pensamiento innovador próximo a algunos de tales problemas.

- Los cambios frecuentemente señalados en el escenario económico y político-social mundial y regional, incluidos los saldos de la recesión actual y las consecuencias de la reciente Guerra del Golfo Pérsico, como expresión de la reconfiguración de los bloques de poder económico y político, plantean nuevas exigencias temáticas, analíticas y de acción que, lógicamente, implican también a los posgrados de MS. Al momento de su surgimiento estos posgrados tenían una fuerte identidad político-ideológica dada por el materialismo dialéctico y por la perspectiva socialista y eran proyectos innovadores teórica y pedagógicamente. Hoy se hace necesario actualizar y reconstruir desde los marcos conceptuales hasta las estrategias políticas y la ética y los modelos pedagógicos. Se enfatizó, sin embargo, que no puede pretenderse que la MS trate de agotar los múltiples campos en que las ciencias sociales pueden relacionarse con la temática de la salud, ni que ella pretenda resolver los problemas más generales y propios de ellas.

Acerca de los objetivos y contenidos de los programas

La discusión de estos aspectos giró alrededor de tres tópicos generales: los paradigmas y los aportes teóricos y conceptuales de la MS en América Latina; los avances, logros, transformaciones y deficiencias de los procesos pedagógicos en relación con los contenidos de los programas curriculares, y la perspectiva de la MS y de las maestrías, sus procesos de institucionalización, academización y profesionalización.

El planteamiento de un doble objetivo general en las Maestrías de Medicina Social —MMS— a saber: la formación de personal y la contribución a la construcción de un nuevo paradigma de conocimiento en el campo de la salud, suscitó la polémica en torno a la cuestión de los paradigmas y de si la MS puede y debe tender o no hacia la configuración de uno nuevo en el campo de la salud.

Se discutió el concepto de paradigma, modelo o esquema paradigmático, y la conveniencia de usar o no la categoría en el campo médico-social, sin lograrse un acuerdo. Para algunos puede darse por descontada la existencia de referentes teórico-conceptuales propios de la MS, con base en los cuales se ha ampliado el campo de reflexión, se han introducido temáticas, se han construido conceptos y se han cambiado algunas pre-

guntas, pasando de respuestas unidimensionales y parciales a la determinación de precisiones mayores sobre las condiciones de reproducción de los procesos de salud-enfermedad y al desarrollo de planteamientos holísticos de interpretación de la realidad. Sin llegarse aún a planteamientos acabados ni a expresiones comunes de tales esfuerzos, ni estar seguros del nivel de eficacia alcanzado, es común el reconocimiento de los avances logrados. Se anotó también el hecho de que ha sido mayor la preocupación de los investigadores en MS por construir alternativas teórico-políticas que por configurar un modelo teórico propiamente dicho. En el Brasil, por ejemplo, los esfuerzos se centraron en viabilizar un proyecto que trascienda lo estrictamente académico y se dirija a la identificación de formas de conectar lo político y lo académico hacia una práctica y una ética transformadoras.

Realmente ninguna de las tres Maestrías ha producido aún una reflexión colectiva sobre los que podrían denominarse los paradigmas —o sus equivalentes— de la MS. Existen, en cambio, entre ellas algunos aspectos en común al respecto, tales como: varios de los temas y objetos de reflexión; expresiones similares en la forma de abordar la problemática de salud colectiva; apreciaciones afines de algunos problemas. Son también comunes problemas como ciertas inconsistencias teórico-metodológicas, cierta circularidad y repetitividad, cierta imitación y falta de originalidad.

Progresivamente se han creado también espacios de relación entre los diferentes proyectos de MS y entre las Maestrías que han posibilitado el flujo de algunas propuestas y la ampliación de los espacios de discusión. Al mismo tiempo son sensibles las diferencias en la resolución teórica, pedagógica y política y en las trayectorias y recursos metodológicos. Puede inclusive afirmarse que algunas áreas médico-sociales han sufrido cierto colapso aún en países donde existen Maestrías en MS. Cabe entonces la pregunta acerca de la posibilidad de integrar o articular las diferentes formas de entender y construir la MS en un todo epistémico coherente y suficientemente eficaz para impulsar la transformación.

En cuanto a los contenidos de los programas se hicieron preliminarmente algunos comentarios para cada una de las Maestrías. En México se constatan pocas modificaciones y avance en relación con los planes curriculares originales. No obstante, se han incluido algunos nuevos contenidos con resultados aún no evaluados. Objetivamente el modelo modular facilita el proceso de reflexión sobre los contenidos temáticos, pero su implementación ha enfrentado las dificultades ya anotadas.

En el Ecuador se han cambiado significativamente los contenidos curriculares, diversificando y ampliando el campo de formación y fortaleciendo el trabajo investigativo.

En el Brasil los contenidos temáticos y curriculares tuvieron una primera modificación de importancia a mitad de la década del setenta. En

la actualidad se ha consolidado un funcionamiento especializado de las diferentes áreas del conocimiento, se ha departamentalizado el programa, con el riesgo de cierta insularidad tanto en la formación como en la investigación.

Con respecto a la práctica docente se discutieron también los problemas relacionados con la ética pedagógica, y con el atraso pedagógico y tecnológico de las Maestrías. Algunos de estos temas se retomaron en la discusión siguiente.

Acerca de los procesos y modelos pedagógicos

Tres temas dominaron la discusión al respecto: la cuestión de la ética pedagógica, la de la democracia en la generación, transmisión y aplicación del conocimiento, y la de la relación docencia-investigación.

En relación con la ética pedagógica se señaló que puede hablarse de un proceso real de deterioro relacionado, en parte, con la acentuada desvalorización social de la labor docente y con el fenómeno del multiempleo que condiciona limitaciones en el tiempo y la concentración e interés dedicados a la preparación y atención de las labores docentes. Se ha llegado a un cierto clima de mediocridad respaldado, en ocasiones, por algunas formas de gremialismo. En gran medida se ha perdido la conciencia de que el profesor está al servicio de y no para ser servido por los estudiantes. Tan importante como las redefiniciones político-teóricas es la reafirmación de una ética pedagógica debidamente respaldada por condiciones de vida que la estimulen.

Se reconoció que el predominio de un modelo pedagógico con fuerte componente magistral (conviene advertir que la UAM-Xochimilco ha tratado con dificultades de implementar el modelo modular que busca entre sus objetivos atenuar tal componente magistral) genera una gran pasividad en los estudiantes, contribuye a incrementar la violencia simbólica del docente y dificulta el ejercicio democrático en el espacio académico. La democratización de la práctica pedagógica tiene que ver con las relaciones interprofesorales, interestudiantiles y profesores-estudiantes, pero, además, en especial en los procesos investigativos, en las relaciones establecidas entre la Universidad y los sectores sociales con los cuales se trabaja. La democratización debe tender a potenciar la creatividad, la participación y el debate en la generación y transmisión del conocimiento, y su aplicación posterior, garantizando su socialización. Estos objetivos no se cumplen actualmente en las Maestrías.

La relación docencia-investigación, aun cuando trata de incrementarse, enfrenta en la actualidad serias dificultades en las tres Maestrías. Existe una tendencia generalizada a privilegiar la investigación productiva sobre la formativa. Administrativamente ni son siempre claras ni suficien-

temente estimulantes las normas que regulan las relaciones docencia-investigación. En la práctica la investigación está cada vez menos ligada a la docencia. En el caso particular de la Maestría de Rio de Janeiro los procesos de institucionalización y departamentalización no han facilitado el acceso del alumno a la investigación, convirtiendo a esta en una experiencia pedagógica cada vez más especializada que en ocasiones solo satisface las expectativas particulares de profesores o alumnos individuales. En el posgrado de Quito se ha ido incorporando lentamente el quehacer investigativo a la práctica docente pero sin lograr establecer aún estructuras y formas institucionales que permitan estabilizar y fortalecer este componente del proceso pedagógico.

Acerca de los productos obtenidos: Aportes y carencias

Se hizo una síntesis preliminar por parte de cada uno de los Programas, insistiendo que el detalle de la información se encuentra en los documentos que aparecían como anexos. El posgrado de Quito destacó la producción de tesis e investigaciones en las líneas originales del proyecto: epidemiología; clases sociales y salud; servicios de salud referidos a planes micro-regionales, y evaluación de programas. A partir de la cuarta generación de estudiantes se viene ampliando tanto la temática como los esquemas analíticos. Se han incorporado temas como: cultura y salud; movimientos sociales y salud; evaluación de servicios de salud y búsquedas de respuesta a las demandas populares y de servicios.

También en el caso del posgrado de la UERJ las tesis se enmarcan dentro de las líneas originales de investigación: políticas de salud; servicios e instituciones de salud; salud mental, y, con menor frecuencia y profundidad, problemas epidemiológicos. Se destacó nuevamente la marcada influencia de autores como Foucault, Althusser, Marx y Gramsci. Más recientemente la Maestría viene trabajando en la reconceptualización de la salud colectiva. Actualmente el 44,5% de los inscritos terminan, habiendo defendido su tesis.

En el posgrado de la UAM-Xochimilco predominó desde un principio el tema de la salud y el trabajo, tema dominante también en la elaboración de tesis. Recientemente se ha incursionado en campos como: condiciones de vida y salud; espacio urbano; clases sociales y salud; política sanitaria; privatización; SIDA; desnutrición. Un 32,5% de los inscritos han terminado, con su tesis defendida. Como factores limitantes a la calidad y variedad de las tesis producidas se adujeron: las dificultades del sistema modular en la Universidad y en particular en el posgrado; la frecuente sustitución de la rigurosidad científica por la adhesión en ocasiones acrítica a ciertos referenciales ideológicos; las limitaciones en la interacción con otros sectores sociales, y algunas dificultades en las relaciones interprofe-

sorales y profesores-alumnos. Actualmente se hacen esfuerzos por superar tales limitaciones. En cuanto a los egresados, la mayor parte se encuentra trabajando en Universidades de diferentes países dado que aproximadamente el 33% de los cupos de la Maestría han sido asignados a estudiantes de otros países.

En el análisis conjunto se comentó la influencia del pensamiento estructuralista en la MS de los años setenta al igual que el énfasis inicial en los aspectos político-ideológicos con consecuencias negativas sobre la metodología. En los productos es observable en general el desbalance entre un rico referencial teórico y un escaso rigor metodológico. Muchos de los productos son inclusive de calidad muy deficiente, aunque se reconoce que está aún por realizarse un análisis sistemático y epistemológico de la producción de los posgrados. Se comentó también la influencia de las orientaciones de organismos internacionales financieros y, más recientemente, de las políticas estatales nacionales e internacionales de salud. El exceso de teorización y de generalización ya anotado ha impedido o subvalorado en ocasiones la profundización sobre lo concreto y sobre la teoría específica. En perspectiva, se considera necesario al respecto reivindicar la teorización de las prácticas frente a la teorización de lo teórico.

Hubo acuerdo en que posiblemente el mayor logro de las Maestrías hasta ahora ha sido la producción de un grupo cada vez mayor de profesionales de diferentes disciplinas, profesiones y países, mejor formados, con amplia visión de la problemática sanitaria regional y con un sólido compromiso en defensa de la vida y la salud. Se consideró también como un logro de importancia la edición de varias obras y el surgimiento de algunas revistas originarias o impulsadas y apoyadas por las Maestrías y que siguen estimulando la producción, el debate y la acción en el Continente. Finalmente, se hicieron algunos comentarios con respecto a la relación de los posgrados de medicina social con las escuelas de salud pública (ESP), dado que muchos egresados de los primeras se vinculan o revinculan posteriormente a dichas escuelas. La relación parece haber evolucionado de una cierta polaridad global inicial a un incremento selectivo de la polaridad con algunas ESP y un mayor acercamiento a otras en función de los enfoques teórico-metodológicos afines y de la similitud de parte de la problemática tratada. Los egresados y la producción teórica de los posgrados han contribuido y siguen contribuyendo en ambas direcciones. No parece conveniente entonces trazar una única línea de relación con las ESP dadas las profundas diferencias aún existentes e inclusive en incremento con algunas. Pero se aprecia un amplio espacio de aproximación con muchas otras en función de los criterios enunciados.

Con respecto al nivel de institucionalización y a la estructura y relaciones de poder en los posgrados se debatieron algunas ideas. En el caso de la Maestría de la UAM-X se resaltó el hecho de que el poder ha

estado íntimamente relacionado con la apropiación de los temas dominantes en la investigación y en la docencia, reconociéndose cierto personalismo en ocasiones excluyentes. La estructura modular, pensada como un mecanismo de trabajo orgánico e interdisciplinario, no solo no lo ha logrado sino que ha permitido la apropiación de ciertas áreas, convirtiéndose cada módulo en una especie de parcela con un propietario particular.

En el posgrado de Quito la estructura y el ejercicio real del poder es particularmente complejo dadas sus relaciones con instituciones muy diferentes. Si bien existen en términos formales y estatutarios de la Universidad organismos y funciones de poder claramente delimitadas, en la práctica dado que el CEAS suministra buena parte de los insumos teórico-metodológicos y de orientación general del programa, ha adquirido históricamente un papel protagónico en las decisiones y la gestión del posgrado, llegándose a una situación casi hegemónica de poder el que, además, se concentra de manera casi autocrática en el Coordinador del programa. Esta situación preocupa a los diferentes sectores interesados en el posgrado. Lo anterior se torna aún más complejo si se tiene en cuenta el poder que las instituciones oficiales de salud tienen en la selección de los estudiantes, dándose, de hecho, un poder real con tres componentes —Universidad, Ministerio de Salud, CEAS—, teniendo el último de ellos la mayor gestión y participación reales. Entre muchas dificultades esta situación genera una gran inestabilidad del programa y una precaria institucionalización, cuya solución positiva se requiere, cada vez con mayor urgencia, tanto por los directivos de las instituciones implicadas como por los diferentes estamentos del posgrado.

En el caso de la Maestría en Salud Colectiva de la UERJ se presentaron dos puntos de vista divergentes en cuanto a la dinámica real de poder. De un lado, quienes sostienen que en la Maestría, a pesar de los cambios realizados, persiste un ejercicio real del poder por parte de las personalidades que históricamente originaron y sustentaron el proyecto. De otro, quienes consideran que el ejercicio del poder en la Maestría es preciso entenderlo en el contexto de la cultura brasilera en la cual los mecanismos informales juegan un papel preponderante. De esta forma las decisiones se generan mucho más en los círculos y contactos informales que en los espacios u organismos institucionales. Estos cumplen el papel de formalizar y dar curso a lo gestado informalmente. Adicionalmente los gremios ejercen un poder real determinante mediante sus organizaciones corporativas en las que frecuentemente se prioriza lo administrativo-corporativo sobre lo académico y lo colectivo.

En conjunto, los posgrados tienen un diferente nivel de institucionalización y estabilidad jurídica. Comparten un cierto paralelismo entre el poder formal (estructurado por las normas y reglamentos institucionales) y el poder real (dado por la jerarquía académica, la producción

teórica, la persistencia en el campo y, en ocasiones, por la apropiación de ciertos campos de trabajo). Ha sido sensible cierta intolerancia a la diversidad y una cierta arrogancia en los debates tanto internos como externos.

HACIA ALGUNAS PROPUESTAS PRELIMINARES DE REFORMULACION DE LOS POSGRADOS DE MEDICINA SOCIAL

No solo hay consenso sobre la urgencia de modificaciones fundamentales en la orientación, los objetivos, la estructura, los contenidos y el modelo pedagógico de los programas analizados, sino que, de hecho, ya cada uno de ellos viene empeñado en introducir dichas modificaciones. El posgrado de México, por ejemplo, había decidido con anterioridad no admitir estudiantes en la próxima generación para tratar de implementar su propia reestructuración. El posgrado de Rio hace poco reformuló sus programas y trata de implementar reformas pedagógicas y administrativas. Y en el posgrado de Quito son inminentes decisiones y reformulaciones fundamentales. Adicionalmente, la socialización de las experiencias y evaluaciones hechas en este Grupo de Trabajo estimula dichos procesos, aporta elementos de interés para las reformulaciones y abre la posibilidad de intercambios y búsquedas colectivas de respuestas a problemas comunes en circunstancias diferentes. Esta diversidad en los contextos y trayectorias nacionales y de los programas, y la simultánea comunidad de los problemas principales, constituyen el marco dentro del cual se hacen posibles y al mismo tiempo limitadas algunas propuestas comunes. La siguiente es una síntesis de algunas de ellas.

- **Recomposición del proyecto social global.** Si bien esta tarea trasciende las funciones de los posgrados y de la Universidad, correspondiendo a la sociedad en su conjunto, se discutió que sin una activa participación en ella se hace muy errático el quehacer de este tipo de Maestrías. Se trata de contribuir a la reconstrucción de un proyecto estratégico para la sociedad, una especie de *utopía* que encuadre y dé sentido al trabajo académico, teórico y político. Hoy aparece claro que debe tratarse de un proyecto en defensa de la vida, de la dignidad humana y de los pueblos, de la justicia. Un proyecto democrático, plural, participativo y de naturaleza tanto económica como político-social, científica y cultural. Dicho proyecto debe contener y contextualizar la problemática y las alternativas de la salud individual y colectiva, a cuyo servicio estarían proyectos como el de los posgrados de MS. El trabajo en esta recomposición es una tarea permanente y siempre inacabada, pero siempre necesaria. Tal vez más necesaria ahora que en otros momentos.

- Trabajar en la promoción de un modelo educativo que implique tanto la producción como la transmisión, la socialización y la aplicación democrática del conocimiento. Dicho modelo implica la activa y creativa participación de docentes, investigadores, estudiantes, instituciones y sectores sociales en cuya realidad y a cuyo servicio se realiza el trabajo científico. El ejercicio democrático y participativo en la creación y difusión del saber debe anteponerse a la búsqueda de protagonismos individuales o colectivos.
- Trabajar en la construcción y la realización de una *ética pedagógica*. Dicha ética, considerada repetidamente en el Grupo de Trabajo, debe fundamentar y revalorar la acción y el compromiso tanto docente como dicente, y establecer los niveles de interacción y responsabilidad del quehacer académico con la sociedad y sus diferentes instituciones. Al respecto, los posgrados deben tratar de redefinir sus relaciones con los movimientos sociales, populares y políticos, con el Estado y con las diferentes instituciones nacionales e internacionales.
- Considerada la medicina social y/o la salud colectiva como un espacio interdisciplinario de pensamiento y de acción dedicado al conocimiento y a la transformación de la realidad y las condiciones de la vida y de la salud-enfermedad como procesos histórico-sociales, el objetivo de este tipo de Maestrías debe ser la producción y socialización del conocimiento requerido y la producción de sujetos sociales teórica, metodológica y técnicamente capaces de entender y contribuir a modificar los diferentes frentes y niveles de la situación sociosanitaria. Se requiere, por tanto, formular y propiciar un equilibrio dinámico en los aspectos conceptuales, metodológicos, técnicos y tecnológicos. Sin él, los posgrados perderían su legitimidad social, marginándose de la realidad y las demandas colectivas actuales.
- Además de algunos contenidos básicos generales, los posgrados de MS deben mantener una permanente actualización temática y problemática. Dicha actualización debe estar guiada por las prioridades sociosanitarias, por los cambios en las condiciones de vivir y de morir, por las transformaciones en los perfiles de morbimortalidad y por los cambios en las estrategias y políticas sociales. Hoy es preciso situarse, por ejemplo, ante hechos como la privatización creciente; la reducción del interés y del gasto en la salud y en los servicios que apoyan su recuperación; los procesos de participación social; el papel en salud de los movimientos sociales; la problemática del ambiente, de la mujer, de la nueva configuración geopolítica del mundo y su significado e impacto sanitario, de la bioética y de la biotecnología.

- ¿Formar técnicos o políticos? ¿Formar médicos sociales generales, o médicos sociales subespecializados? Las preguntas continúan abiertas al debate. No obstante, la primera se consideró en general como una formulación incorrecta dado que no parece existir una polaridad real en este campo. Se requieren técnicos serios y competentes, con base, visión y compromiso político. Sobre la segunda cuestión el debate no fue concluyente. Para algunos parece llegado el momento de requerirse una superación de la generalidad del planteamiento médico-social, haciéndose necesaria una decidida especialización en áreas temáticas y problemáticas particulares. Para otros se sigue requiriendo una base médico-social general con algunos componentes básicos tales como: conceptualización de la problemática de la vida, la salud y la enfermedad; ciencias humanas en salud; metodología; epidemiología; políticas de salud; administración y planificación en salud; recursos humanos en salud; informática; técnicas estadísticas y otras tecnologías específicas. Se plantearon algunas alternativas tales como la posibilidad de que cada Maestría consolide —se especialice— en un área más fuerte que pueda apoyar a las demás, haciendo posible la rotación de los estudiantes interesados. Pero, como se advirtió, el tema requiere mayor debate y nuevas experimentaciones.

Se hicieron algunas recomendaciones y sugerencias concretas, entre ellas las siguientes:

- Ampliar esta discusión evaluativa a los otros posgrados afines existentes de salud colectiva y odontología social.
- Mantener el intercambio tanto en el momento evaluativo como en el de reformulación e implementación de alternativas entre los tres posgrados, sujetos de este Grupo de Trabajo.
- Solicitar asesorías externas especializadas en el proceso de reformulación de las Maestrías. Esto apoyaría una línea general recomendada por el Grupo en el sentido de romper la marcada endogamia que han tenido hasta ahora las maestrías de MS.
- Considerar la posibilidad de emprender algunos trabajos e investigaciones colaborativas entre los tres programas. Al respecto la OPS podría cumplir también un importante papel de acercamiento y respaldo.
- Convertir el curso monográfico de medicina social, dictado hasta ahora exclusivamente por la Maestría de la UAM-Xochimilco, en un curso itinerante y rotatorio entre las Maestrías y otras instituciones con capacidad académica y operativa para realizarlos. Esto permitiría compartir la responsabilidad, estimular el

trabajo conjunto y posibilitar la asistencia de personal de diferentes subregiones del Continente. Al respecto, la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) puede cumplir un importante papel de aproximación y coordinación.

- Tratar de que los actuales congresos y cursos de medicina social desarrollen también, o en forma sustituta, los talleres temáticos.

Finalmente, los asistentes expresaron su reconocimiento por la riqueza del Grupo de Trabajo como experiencia colectiva de las tres Maestrías en un clima informal y democrático, y su interés en que se lleven adelante las tareas, reformulaciones y recomendaciones aquí planteadas.

NOTICIAS

CURSO LATINOAMERICANO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Este evento forma parte del proyecto de Capacitación Avanzada en Desarrollo de Recursos Humanos que la Organización desarrolla en la Región; tiene como objetivos contribuir a dar visibilidad al desarrollo de los recursos humanos como cuestión de gobierno y su repercusión a nivel internacional, asegurándose una posición de vanguardia en este campo a través del abordaje que proporcionan las ciencias sociales y el pensamiento estratégico, con énfasis en el análisis de las resoluciones comunes y específicas, y las estrategias de intervención utilizadas en distintos contextos.

Es un esfuerzo conjunto del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización, la Escola Nacional de Saúde Pública del Ministerio de Salud de Brasil, la Escuela de Salud Pública de la Universidad Central del Ecuador, la Escuela de Salud Pública del Instituto Nacional de Salud de México, el Centro de Estudios Médico Sociales de la Asociación Médica de Rosario, Argentina, y la Escuela de Salud Pública del Perú.

El curso está constituido por cinco módulos:

1. Contexto, políticas de recursos humanos y pensamiento estratégico
2. El trabajo en salud
3. Educación y salud: El proceso educativo
4. Regulación y control de recursos humanos
5. Planificación, administración y estrategias de intervención

Está destinado a fortalecer la capacidad de los profesionales de nivel superior vinculados al proceso de desarrollo de recursos humanos en los países de la Región responsables por la investigación y enseñanza de cuestiones de recursos humanos, así como de dirigentes de organizaciones administradoras de salud. Hay 25 cupos disponibles, de los cuales 15 están destinados a participantes internacionales.

Tiene una duración de 10 semanas a tiempo completo, con un total de 400 horas. Los candidatos deberán presentar su solicitud de admisión entre el 4 de mayo y el 3 de julio de 1992, acompañada de fotocopia de su diploma de graduación, *curriculum vitae*, formulario obtenido de la Secretaría Académica de la Escola Nacional de Saúde Pública, Fundación Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, carta de presentación de la institución en

que labora, y un escrito analítico sobre cuestiones de recursos humanos en salud de su país de origen.

El curso se llevará a cabo del 17 de agosto al 23 de octubre de 1992 en la Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasil.

IX CONFERENCIA NACIONAL DE SALUD EN BRASIL

El Ministerio de Salud de Brasil está organizando la IX Conferencia Nacional de Salud, que deberá realizarse en Brasilia en fecha próxima. El evento formará parte de una secuencia de reuniones en las que "la sociedad brasilera evalúa la situación de salud y propone las directrices y orientaciones para la formulación de la política de salud del país". Dicha secuencia se inició en 1947, al principio como reuniones de carácter consultivo en las que participaban solamente técnicos y especialistas vinculados al sector; es a partir de la VIII Conferencia en 1986 que el encuentro toma un carácter diferente, transformándose en un espacio para el debate y la participación de la sociedad civil en las cuestiones que atañen a la salud del pueblo brasilero.

El tema central es "Salud: Municipalización es el camino", y dentro del mismo, aparecen como subtemas los de "Sociedad, Gobierno y Salud", "Implantación del sistema único de salud (municipalización, financiamiento, gerencia del sistema, política de recursos humanos)" y "Control social". Una de las grandes interrogantes que se plantea el país se refiere a "¿qué recursos humanos para el SUS?, y en esa perspectiva serán discutidas la estructura ocupacional brasilera, el papel del Estado, la Universidad y las corporaciones en la configuración y regulación del mercado de trabajo; la preparación de recursos humanos, los planos de carrera y la política salarial, entre otros.

La Conferencia es la etapa nacional del proceso; en las Conferencias anteriores se desarrollaron las etapas municipal y estadual, y en estas, la contribución del proceso a la construcción de las estrategias y políticas de salud de Brasil ha sido de relevancia y gran utilidad.

REUNION REGIONAL SOBRE ADMINISTRACION ESTRATEGICA LOCAL

Del 7 al 11 de octubre de 1991 tuvo lugar esta Reunión en Santiago de Chile; tuvo el patrocinio del Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud que tuvieron a su cargo también, las labores de organización y planificación. El encuentro reunió a 120 participantes, tanto nacionales como procedentes de los distintos países de la Región. Estuvo estructurada así:

- Concepto de administración estratégica en el nivel local. Presentaciones introductorias de tipo conceptual a base de exposiciones y un panel.
- Trabajos grupales para la discusión del Documento Básico sobre administración estratégica local preparado por la Organización.
- Presentación de experiencias actualmente en desarrollo en los distintos países de la Región; se presentaron en este espacio aproximadamente 40 experiencias diferentes.

Las discusiones finales trataron de incorporar las experiencias y los resultados de los debates de grupo en los documentos básicos que seguirán enriqueciéndose sobre este particular; en la actualidad está revisándose el Relato Final de la Reunión, que contribuyó con aportes importantes al Documento, y que generó nuevos espacios para reflexión y discusión en los distintos niveles de los Ministerios de Salud y la Organización.

GRUPO DE CONSULTA SOBRE TEORIA Y PRACTICA DE LA SALUD PUBLICA EN LAS AMERICAS

Entre el 21 y el 24 de octubre pasado tuvo lugar en New Orleans, Louisiana, la Reunión de un Grupo de Consulta sobre el tema indicado arriba. Fue organizada por la Asociación de Escuelas de Salud Pública de los Estados Unidos, la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud. El grupo estaba constituido por 30 participantes, la mayoría de ellos profesores de salud pública en las escuelas correspondientes de todos los países de la Región, así como de funcionarios de la Organización.

Tuvo como propósito central "avanzar en la definición de la situación y tendencias de la teoría y la práctica de la salud pública en las Américas, a fin de facilitar la aplicación, mayor análisis o desarrollo posterior de los elementos más relevantes en este campo", y secundariamente, "contribuir a generar un *momentum* favorable para el proceso". Como objetivos, los organizadores del evento señalaban "construir una aproximación colectiva a la situación y tendencias de la teoría y práctica de la salud pública en las Américas", "identificar preguntas, necesidades o vacíos en este campo que permitan direccionar las actividades posteriores de desarrollo teórico-metodológico o de aplicación o desarrollo operativos", "generar sugerencias de estrategias nacionales, subregionales o regionales alternativas para la ejecución global del proyecto OPS/OMS", y, "obtener aportes adicionales para la revisión, actualmente en marcha, de la postura institucional OPS/OMS en relación a la salud pública".

A través de una metodología basada en técnicas de consenso (TKJ) que fue iniciada dos meses antes de la Reunión, las discusiones

alrededor de los temas y cuestiones presentados a debate, se obtuvo, como producto, una síntesis colectiva acerca de la situación actual de la salud pública, la evolución y tendencias teóricas, la evolución y tendencias metodológicas y operativas, y elementos de cambio deseables; y frente a esa síntesis colectiva, se obtuvieron insumos para definir opciones estratégicas de nivel regional, subregional y nacional, así como lineamientos y directrices para la continuación del proyecto regional.

II REUNION DE LAS ESCUELAS DE ENFERMERIA DE CENTROAMERICA

Siguiendo la secuencia iniciada en Honduras en 1990, tuvo lugar en la primera semana de septiembre de 1991 en la Ciudad de Guatemala, la II Reunión de las Escuelas de Enfermería de los países centroamericanos; la organización del evento estuvo a cargo de la Escuela de Enfermería del país sede y el Comité Coordinador Centroamericano creado en la Reunión de Tegucigalpa; el apoyo financiero estuvo a cargo del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS y de PASCAP con fondos otorgados por el Gobierno de Dinamarca; el apoyo técnico en la reunión fue suministrado por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS.

En el evento se discutieron y conocieron los avances en las líneas señaladas en la primera reunión, así:

- Análisis prospectivo de la educación en enfermería: Escuelas de Costa Rica y Guatemala;
- Educación permanente en salud: Escuelas de Honduras y Nicaragua;
- Liderazgo en enfermería: Escuelas de Panamá y El Salvador, e
- Investigación educacional en salud: Escuela de Enfermería de Honduras.

El encuentro reunió a 26 docentes de enfermería de la subregión así como a funcionarias de la OPS de nivel central y de la Representación en Guatemala.

ACERCA DE POSGRADOS EN SALUD EN LA REGION

En el momento actual, diversas instituciones académicas de varios países de la Región se encuentran abocados a la revisión conceptual y metodológica de sus programas de posgrado en distintos campos relacionados con salud; este movimiento es consecuencia, por un lado, de las condiciones diferentes en que se desarrolla el trabajo en salud en varios

países, y por otro, de planteamientos innovadores que se han hecho en reuniones técnicas y en foros políticos de discusión a distintos niveles.

En ese marco, el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización ha incentivado y estimulado la capacidad creativa de distintos grupos profesionales y técnicos del sector salud, y está brindando un apoyo constante cuando el mismo ha sido solicitado; durante 1991, la cooperación se ha brindado en la etapa de organización y planificación, y en algunos casos en la puesta en marcha, a los siguientes programas de posgrado: en salud pública, al Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba y a la Escuela de Salud Pública de Medellín, Colombia, en la reformulación curricular del posgrado; en Honduras se apoya un modelo innovador para la educación en salud pública en el que trabajan conjuntamente la Universidad y el Ministerio de Salud, principalmente en la construcción curricular alrededor de ejes integradores de epidemiología, ciencias sociales y planificación estratégica.

El componente de ciencias sociales ha sido progresivamente retomado por distintos programas tanto a nivel de pregrado como de posgrado; ello incluye la Maestría en Ciencias Sociales de la UAM-Xochimilco, en México; el Proyecto Avellaneda que se desarrolla por parte de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, Argentina, y programas en el pre y posgrado en Salud Pública en la Universidad de Santo Domingo, República Dominicana.

Se apoya igualmente al Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) en la formulación de un nuevo programa de Maestría en Alimentación y Nutrición que aquella institución prepara conjuntamente con la Universidad de San Carlos en Guatemala.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION 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. George A. O. Alleyne, Subdirector.

PRESENTACION • METODOLOGIA Y DIALECTICA
DEL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO •
HISTORIA, CIENCIAS SOCIALES Y EDUCACION
MEDICA • FORMACION MEDICA EN EL PERU •
HENRY ERNEST SIGERIST • CIENCIAS SOCIALES
Y EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA • CIENCIAS
SOCIALES Y LA FORMACION DEL ODONTOLOGO •
CIENCIAS SOCIALES Y LA EDUCACION PARA
LA SALUD • PROPUESTA DE LA UNIVERSIDAD
DE BUENOS AIRES • ENSEÑANZA DE LA SALUD
PUBLICA EN LA REPUBLICA DOMINICANA •
RESEÑA • NOTICIAS •

